

SEP 14 1944

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Secretário: ANTÔNIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1674 — São Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano Cr \$ 50,00 — Numero avulso Cr \$ 5,00

OL. XLVII

Abril de 1944

N. 4

Sumário:

	PÁG.
Sacros polivertebrales en indígenas pre-hispânicos de Mendonza. — PROF. CARLOS RUSCONI.....	275
Cromomicose — DR. ORLANDO MOREO.....	281
Produção Médica de São Paulo.....	293
Associação Paulista de Medicina.....	293
Higiene, Moléstias Tropicais e Infecciosas.....	293
Neuropsiquiatria.....	302
Cirurgia.....	311
Dermatologia e Sifilografia.....	317
Pediatria.....	322
Otorrinolaringologia e Cirurgia Plástica.....	332
Obstetricia e Ginecologia.....	341
Sociedade Médica São Lucas.....	349
Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa.....	349
Centro de Estudos "Franco da Rocha".....	350
Centro de Estudos de Otorrinolaringologia.....	351
Sociedade de Oftalmologia de São Paulo.....	352
Instituto Histórico e Geográfico de S. Paulo.....	352
Sociedade Médica São Jorge.....	353
Sociedade Brasileira de Cardiologia.....	354
Sociedade Brasileira de Ortopedia.....	357
Outras Sociedades.....	357
Literatura médica.....	358
Imprensa médica de São Paulo.....	362
Vida médica de São Paulo.....	362

CLÍNICA MÉDICA
da
CASA de SAÚDE

AMINO-CRON

do Laboratório Yatropan

MELO
RIO.

Dr. Osvaldo D. Pereira
Cor.

As mais
Elogiosas
Observações

Prof. Arn.
A. 7 de

do Labora
Yatropan

Drs. I.
Geraldo de
do Laboratório Yatropan

NIZ

Amino-Cron
DA AÇÃO SINÉRGICA DA
SULFANILAMIDA + MERCUROCROMO
(bacteriostática) (bactericida),

RESULTA:
UM COMPOSTO GERMICIDA
EXTREMAMENTE EFICAZ
Parque D. Pedro II, 862 a 876





v
f
t
n
a
c
n
v
p
M
tr
se
y

tic
o
m

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 50,00 — Numero avulso. . . . Cr \$ 5,00

Vol. XLVII

Abril de 1944

N. 4

Sacros polivertebrales en indígenas prehispánicos de Mendoza

Prof. Carlos Rusconi

Diretor do Museo de Historia Natural de Mendoza, Argentina

I

Numerosos especialistas han recordado ya anomalías de diversos carácter en el sacro humano y entre ellas, las que se refieren al mayor o menor número de elementos vertebrales, partiendo de la base de los cinco cuerpos que se encuentran normalmente en el sacro de casi todas las razas humanas.

Para los aborígenes prehispánicos de Mendoza nada se sabía a este respecto y recién después de las investigaciones practicadas he podido comprobar importantes anomalías y otras lesiones óseas etc., algunas de las cuales han sido ya recordadas brevemente (1, 2, 3, 4, 5). Los estudios los he realizado en el departamento de Antropología del Museo de Historia Natural de Mendoza y casi todo el material ha sido exhumado de diferentes túmulos y enterratorios, por el autor, con la cooperación del personal del mismo establecimiento, y proceden también de lugares y agrupaciones étnicas diferentes.

II

La cara anterior de los sacros examinados no revelan particularidades de mucha importancia con excepción de su mayor o menor concavidad, de las variaciones del diámetro de los forámenes sacrales, etc.

Por la cara posterior, aparecen también algunos detalles, como ocurre con las apófisis espinosas que, en algunos sacros presentanse en número de dos y en otros hay una cada vértebra. Otros ejemplares poseen apófisis neurales unidas en el vértice, de tal modo que forman una verdadera cresta ósea (*crista sacralia*) y tan extensa como el espacio ocupado por los cuatro primeros segmentos. Existen, asimismo, variaciones del conducto raquídeo sacral, del surco sacral, etc.

Sin embargo, los detalles más importantes que consignaré aquí son los relativos a la constitución de sus segmentos; pues, normalmente, la raza blanca posee un sacro de cinco elementos

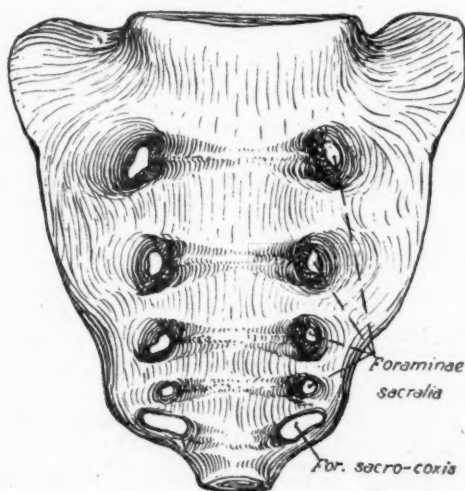


Fig. n.º 245 Ant. — Sacro de individuo adulto ♂, con 6 cuerpos vertebrales
Túmulo II, Uspallata

o cuerpos vertebrales, considerándose como huesos anormales aquellos sacros con mayor o menor número de segmentos, pero en los aborígenes extinguidos de Mendoza, sea de los exhumados en los túmulos 1, II de El Canal, los del Osario de Uspallata o bien de otras localidades distintas de la provincia, se advierten sacros provistos de uno o dos cuerpos vertebrales más, lo que aumenta su número a 6 o 7 respectivamente.

Este aumento puede depender del sector lumbar o bien del cóxigeo. Del sector lumbar conozco un sólo caso en que la última vértebra lumbar se encuentra casi completamente soldada al sacro (ejemplar n.º 151 Ant.) y exhumado del túmulo I de El Canal de Uspallata.

Por el contrario, de sector coxígeo (ver fig.) son mui frecuentes esas uniones, no sólo en individuos adultos y provecos sino en otros con edades de 35 a 40 años. Cuando los sacros estan constituidos de 6 elementos vertebrales entonces aumenta también el número de agujeros vertebrales que, de cuatro pasan a ser cinco pares. Pero en ningún caso me ha sido posible hallar sacros menor de cinco cuerpos, y tan solo un sacro poseía 7 elementos y perteniente a un indígena exhumado de um túmulo del Dep. de Maipú.

Por el cuadro que adjunto, fácil podrá adverse la frecuencia de sacros polivertebrales, a saber:

Sacros con 5 cuerpos, 22 = 66,66 %

Sacros con 6 cuerpos, 10 = 30,30 %

Sacros con 7 cuerpos, 1 = 3,03 %

Total de sacros. . . . 33

En una obra de conjunto, ofreceré además, detalles e índices sacrales obtenidos en cada uno de los grupos étnicos, advirtiendo que el índice sacral entre la mujer y el hombre no es, en verdad, muy acentuado; pues, el término medio del índice proporcionado en los indígenas de El Canal de Uspallata, arroja 91,5 para los hombres, y de 90,3 para las mujeres.

III

Conclusión. — Mediante el estudio de la anatomía comparada sábase que los sacros pilivertebrales se encuentran generalmente en órdenes de mamíferos que han alcanzado cierto grado de evolución y especialización en un sentido dado, sean éstos actuales o fósiles. Los hay de una, dos, tres o más cuerpos vertebrales unidos y, con respecto al orden de los primatos, el hombre es el que posee mayor número de segmentos, siendo atribuidos como sacros normales los que poseen cinco piezas.

Pero, si bien podría admitir-se que los sacros de 6 vértebras responderían más a un caso patológico, particularmente en los procesos de artritis óseo manifesto, sin embargo, le assalta a uno la duda, cuando, como en las presentes circunstancias en que los sacros constituidos por 6 vértebras son en una elevada proporción, lo que haría suponer, *a priori*, que en los aborígenes prehispánicos de Mendoza se habría operado un proceso de avanzada evolución que tendía hacia la unificación de un cuerpo coxígeno más en detrimento, tal vez, de una igual reducción de los elementos caudales que formaban su coxis.

Empero, esta teoría no me parece aplicable para los indígenas en cuestión por haber observado numerosos ejemplos de soldaduras prematuras en las distintas partes de su esqueleto óseo, como ser las suturas internasales obliteradas, suturas nasomaxilar, vértebras cervicales, dorsales etc. y originadas, seguramente, por las condiciones ambientales en que vivieron, su alimentación, agua, etc.

Por todos estos motivos (justificados además por los numerosos detalles anormales observados en distintas zonas de su esqueleto óseo y muchos de ellos de un estado menos avanzado en la evolución humana), es que atribuyo a esos sacros polivertebrales como un carácter anormal.

REFERENCIAS:

- (1) C. RUSCONI, *Carles dentales en indígenas prehispánicos de Mendoza*, en *Revista Odontológica*, vol. XXVI, pp. 388-392, Bs. As. 1938.
- (2) C. RUSCONI, *Parietal múltiple en un cráneo indígena de Mendoza*, en *La Semana Médica*, n.º 24, 1463-1464 Bs. As. 1940.
- (3) C. RUSCONI, *Noticia preliminar sobre la antropología y arqueología prehispánica de Mendoza*, en *Anales de la Academia de Ciencias de Buenos Aires*, vol. I, pp. 61-71, Bs. As. 1940.
- (4) C. RUSCONI, *Frontal bipartido en un cráneo humano*, en *La Semana Médica* n.º 2383, pp. 412-413, Bs. As. 1941.
- (5) C. RUSCONI, *Fracturas óseas en indígenas prehispánicos de Mendoza*, en *Revista de la Asociación Médica Argentina*, n.º 519, pp. 830-831, Bs. As. 1943.

Lysosform

O ANTISEPTICO MODERNO

SUBSTITUE O IODO E A AGUA OXYGENADA

Cromomicóse*

Dr. Orlando Moro

Cirurgião em Ponta Grossa, Paraná

Mais uma vez nos apresentamos a esta casa, trazendo agora para conhecimento da mesma, uma observação sobre um caso de cromomicóse; o primeiro a ser comprovado nesta cidade e talvez mesmo no Estado do Paraná.

A cromomicóse tinha sido até bem poucos anos raramente assinalada; 64 casos publicados até 1939. Desde então tivemos conhecimento de mais três casos publicados no Brasil, porém somente dois deles com prova histopatológica e micológica. Provavelmente agora as observações irão sendo mais frequentes, como já o estão sendo, porque os aspectos clínico, histopatológico e etiológico da afecção, são mais conhecidos.

Tida como uma dermatite verrucosa de origem micótica, a cromomicóse foi observada pela primeira vez em S. Paulo no ano de 1911 por PEDROSO e GOMES e publicada em 1920 com mais três outros casos. Max Rudolph em 1914, numa nota prévia, descrevia uma dermatite verrucosa encontrada em Minas Gerais onde era geralmente chamada "figueira". A doença atacava homens e bovinos, coincidindo a descrição clínica com a da cromomicóse, porém não foi conseguida a classificação do fungo causador. Este é portanto o primeiro trabalho publicado sobre o assunto, tendo aparecido o segundo em 1915 nos Estados Unidos de autoria de LANE, MEDLAR e THAXTER e cujo agente foi classificado como "Phialophora Verrucosa".

A doença é conhecida sob a denominação de: dermatite verrucosa (PEDROSO e GOMES), cromoblastomicóse, e dermatite verrucosa cromomicótica. Esta última é a usada por PAULO TIBIRIÇÁ na sua tese de concurso em 1939, modificando ligeiramente a denominação proposta por REDAELLI. Em 1932 FLORIANO DE ALMEIDA, acompanhando ROCHA LIMA, colocava provisoriamente a afecção com o nome de Cromoblastomicóse no terceiro grupo das Blastomicóses, tendo como agentes etiológicos o "Trichosporium ou Acrotesca Pedrosi" (brasileiro), e "Phialophora Verru-

(*) Trabalho apresentado ao "Centro Médico Eurico Branco Ribeiro", na sessão ordinária de 6 de outubro de 1942.

cosa" (Norte Americano). Posteriormente (1935 e 1936), o mesmo autor e MORRIS MOORE, fazem um excelente estudo sobre o assunto e afirmam que a doença nada tinha que ver com as blastomicoses, porque seus fungos não se reproduziam por brotamento; daí proporem a nova denominação de cromomicose que é a que adotamos para este trabalho.

Considerada uma micose cirúrgica, a cromomicose (como os micetomas, as variedades de localização visceral de outras micoses e as de localização óssea e artrítica, tem um tratamento predominantemente cirúrgico. Quasi sempre encontrada em lavradores e outros trabalhadores da terra, porque estão mais expostos a ferimentos por vegetais, ela é: mais frequente nos membros inferiores desses indivíduos devido o generalizado hábito de andarem descalços. Contudo, já assinalaram-se casos de localização nos braços, pescoço e face.

A distribuição geográfica da cromomicose é extensa, pois foram publicados achados nas Américas do Sul e do Norte, África, Europa e Oceania. O maior número de observações têm sido as brasileiras.

ETIOLOGIA. — A moléstia é provocada por diversos fungos, na opinião de FLORIANO DE ALMEIDA, supondo o mesmo autor que as manifestações clínicas e anatomopatológicas sejam variáveis de acordo com o tipo do agente etiológico e somente o estudo conjunto de observações completas, poderá no futuro demonstrar as particularidades de cada uma das espécies. Na classificação dada por aquele autor juntamente com MOORE, são incriminados como produtores de cromomicose, os seguintes gêneros de fungos: "*Phialophora*" com as espécies verrucosa e macrospora; "*Hormodendroide*" (*Acrotheca* para alguns) com a espécie pedrosoi; "*Botrytoides*", (também *Acrotheca* para outros) com a espécie momophora; "*Hormodendrum*", com as espécies Algeriensis e rossicum, as mais conhecidas; "*Phialoconidiophora*", com a espécie padrão gugeenheimia e mais a compactum, além de outra. Nesta classificação os autores incluíram diversos agentes conhecidos anteriormente com outra sinonímia. Poupo-lhes a descrição dos caracteres morfológicos, culturais e de reprodução de cada espécie, porque não seria cabível a propósito desta pequena observação.

O aspecto clínico geral é variável, na dependência do parasito que está em ação. Geralmente no início forma-se um nódulo quasi nada doloroso na sede de um ferimento produzido por elemento vegetal, numa extremidade podálica o mais das vezes. Depois de algum tempo os nódulos ulceram apresentando-se antes ligeiramente flutuantes. Com o rompimento que segue, pôde formar-se uma úlcera sem tendência a cicatrização, com bordos revestidos de vegetações papilíferas. O aspecto mais comum, en-

tretanto, é o fundo da ulceração apresentar-se recoberto de vegetações que crescem, formando verrugas isoladas ou confluentes, de superfície crostosa, e quasi sempre sesseis.

Raramente o estado geral do paciente sofre consequências, apesar de ser longa a duração da moléstia. Sómente após alguns anos é que os pacientes começam a queixar-se de dificuldades no caminhar, quando a localização é nos membros inferiores. BONNE, cita um caso ocorrido nas Indias Holandesas que durou 35 anos.

Até há pouco a cromomicóse não era incriminada de atacar o sistema linfático; sómente admitia-se que uma infecção secundária poudesse assestar-se nas lesões, provocando então uma linfadenite também secundária. Contudo, já alguns autores atribuem "cadeia linfática, a responsabilidade de disseminação das lesões num mesmos individuo. EDON DE ALMEIDA, da Paraíba, apresentou recentemente uma observação bastante clara nesse sentido, com a particularidade da localização ser no membro superior. MERLIN, publicou outra, um dos casos femininos e localizado também no membro superior com comprometimento ganglionar.

O quadro histopatológico da doença é especialmente caracterizado por formações tuberculares, constituídas por um aglomerado de polimorfos nucleares em cujo centro aparece o parasito pigmentado em castanho claro ou obscuro. No infiltrado celular são encontrados também plasmocitos, histiocitos e gigantocitos, podendo estes englobar os fungos no seu interior. TIBIRIÇÁ, reconhece duas formas histológicas: a dermica e a dermoepidérmica, conforme a predominância de lesões no epiderma ou no derma. No epiderma, há hiperplasia com acantóse e hiperqueratóse, enquanto que no derma forma-se tecido papilomatoso. O parasito corado (por isso a moléstia é denominada cromomicóse), como já disse, é encontrado entre neutrofilos ou no interior de gigantocitos, podendo também aparecer na epiderma, isolado ou agrupado.

Macroscopicamente, ainda TIBIRIÇÁ, descreve três formas: verrucosa nodosa, verrucosa confluyente, e úlcero verrucosa, cujos característicos ele descreve no trabalho já citado.

DIAGNÓSTICO. — Clinicamente a doença pôde ser confundida com certos aspectos da sífilis, boubá, tuberculose cutânea verrucosa e leishmaniose. Há também a possibilidade de associação com uma das afecções citadas, por exemplo: com a sífilis (caso MONTPELLIER e CATANEIQ, com a tuberculose (caso MERLIN), com a leishmaniose (caso TERRA, TORRES, FONSECA e LEÃO). O exame histopatológico e a cultura do material obtido por punção asética dos nódulos, vão nos fornecer a prova decisiva da suspeita clínica. A intradermo-reação não tem aqui o mesmo va-

lor que tem no diagnóstico das tinhas, pelo menos no que se refere aos produtos standardizados que existem no mercado.

O prognóstico é quasi sempre benigno, quanto aos casos iniciais. Nos casos mais adiantados chega a ser necessária a amputação do membro atacado, dependendo do resultado da terapêutica.

O tratamento tem de ser associado. A excisão cirúrgica dos nódulos verrucosos com cureta, seguida de termocauterização, ou a diatermocoagulação, juntamente com iodo e preparados iodurados "per os", por via endovenosa e ainda localmente.



Fig. 1

Observação. — J. A. M. bras., casado, branco, com 52 anos, residente em Cachoeirinha neste Estado. Entrou na Sta. Casa em 26 de setembro de 1941 e saiu em 31 de dezembro do mesmo ano.

Fazem já 23 anos que, após uma arranhadura no dorso do pé esquerdo recebida dois meses antes durante trabalhos de lavoura, apareceu um pequeno tumor sobre o local ferido. O tumor que doia pouco, ulcerou alguns dias depois mostrando no fundo da ulcera uma "carne esponjosa", que foi crescendo aos poucos até formar uma verruga. Já então outros nódulos formavam-se na vizinhança, seguindo todos a mesma evolução. Com o decorrer dos meses e dos anos, vagarosamente a molestia foi alastrando-se para perna acima, com a formação de novos nódulos que ulceravam-se dando eclosão lenta a outras verrugas, até atingir o nível atual. Desde o início da molestia tem estado diversas vezes no leito, com febre, inchando a perna doente e aparecendo adenites na região inguino crural correspondente.

Com tratamento tem usado remedios caseiros e de farmacia, tem consultado médicos, sem obter até agora qualquer melhora. Fez um tratamento antisifilítico intenso sem resultado apreciavel. Há seis anos passados nesta cidade, foi-lhe proposta a amputação da perna doente que ele recusou en-

tão, estando porém disposto agora a submeter-se a mesma, por terem aumentado muito os seus sofrimentos.

Nos seus antecedentes hereditários nada digno de nota e nos pessoais diz ter tido "fogage" quando solteiro; expressão essa inculcada pelo vulgo a diversas afecções venereas indistintamente, desde a simples balanopostite, até o cancro luético. Filhos e esposa sadios.

Perguntado firmou-nos que onde reside nunca viu nem teve conhecimento de outros portadores da mesma molestia.

O exame geral mostra-nos um individuo de compleição mediana, com estado geral mais ou menos bom. No aparelho cardio-circulatório e respiratório nada digno de nota. Funções digestivas e renais aparentemente normais.



Fig. 2

Examinando o membro inferior esquerdo, encontramos-lo diretamente edemaciado, exalando um pouco de mau cheiro e apresentando desde o dorso do pé e distribuidas irregularmente, inumeras verrugas, umas sesseis outras pediculadas, todas porém com a superficie aspera e crostosa. O tamanho das verrugas variava desde o de uma ervilha até o de uma noz. A distribuição era irregular, havendo zonas de confluência como em torno da art. tibio-tarsica. Algumas das verrugas mais antingas tinham perdido o caracter verrucoso e mostravam-se lisas, recobertas de pele de aspecto atrófico, tendo no seu cume uma pequena ulceração rasa e limpa.

A pele entre as lesões mais aglomeradas e em torno das verrugas, está dura e esclerosada, i. é., em hiperqueratose. Na face interna e terço inferior da coxa, pois até aí vão as lesões, observam-se alguns nódulos — bem visiveis nas fotografias — com a pele que os recobre avermelhada e dando a impressão de pequena flutuação quando palpados. Uma dessas lesões foi puncionada, para com o material obtido fazer-se uma sementeira e outra foi extirpada a bisturi e remetida ao anatomopatologista.

Quando examinamos o paciente não observamos qualquer reação ganglionar na região inguino-crural correspondente.



Fig. 3

Um exame sangue, para sôro-diagnostico de sífilis, feito pelo dr. Sady Silveira, resultou: R. Wassermann (+), R. de Kahn (+), portanto positivas.

Logo de início suspeitamos uma cromomicose, o que foi confirmado pelo anatomo-patologista, cujo relatório passamos a transcrever:

DOENTE: J. A. M.

DATA: 16-10-941.

MATERIAL: Dois pedaços de pele.

N.º 2411.

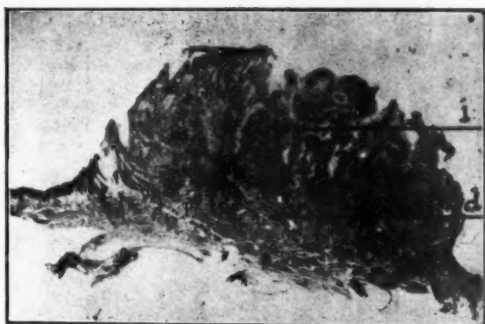
EXAME MICROSCÓPICO

Dois pedaços de pele, tendo cerca de 2,5 cms. de diametro.

Num deles, depara-se uma lesão verrucosa, medindo cerca de 12 mms. de diametro e 7 mms. de altura, dotada de superficie áspera, parcialmente coberta por pequenas crostas secas. O outro pedaço mostra duas ou três saliências menores, tendo cerca de 2mms. de diâmetro e sem carater verrucoso. Ao corte, em ambas partes, as porções correspondentes à lesão verrucosa e às saliências não verrucosas, mostram nitido aumento do tecido conjuntivo do derma.

EXAME MICROSCÓPICO

Nos cortes da lesão verrucosa e das lesões que formam simples saliências o exame microscópico revela um granuloma formado por numerosas estruturas tuberculares de diversos tamanhos, tendo no centro acúmulos de leucocitos polimorfonucleares e na periferia uma camada de

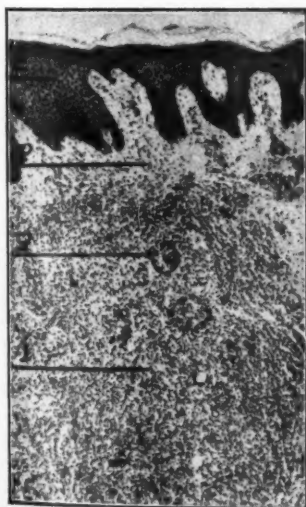


Microfotografia de um corte de uma formação verrucosa
(aumento pequeno)

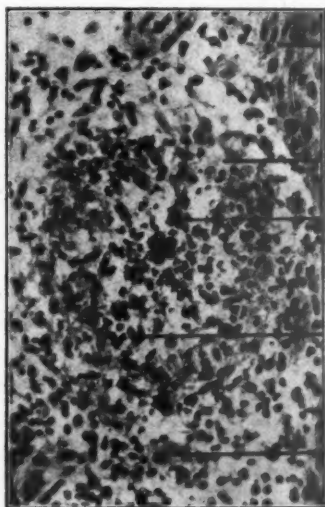
celulas epitelioides. No meio do exudato formado por polimorfo-nucleares, veem-se gigantocitos multinucleados, não raro tendo no seu interior, fitoparasitos de coloração escura, quasi negra, com caracteres tipicos de "Acrotheca". Entre as estruturas tuberculares, notam-se numerosas proliferacoes de plasmacelulas e de histiocitos, que se infiltram atravez do derma. Na superficie do granuloma depara-se um epitelio cutaneo, ora em hiperplasia, ora distendido. Sobre esse epitelio em hiperplasia veem-se depositos de hiperkeratose. Sob o epitelio veem-se papilas hipertróficas.

Conclusão: — Crômoblastomicose.

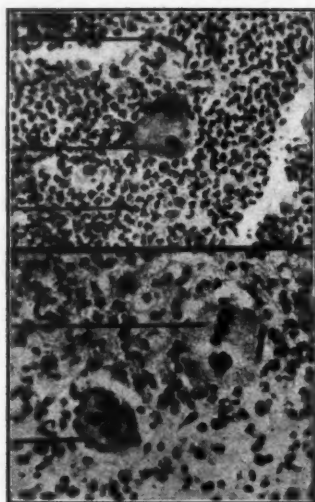
as) DR. J. R. MAYER



Microfotografia mostrando o tecido
inflamatório do derma



Microfotografia de uma lesão tu-
bercular com os fitoparasitos



Microfotografia mostrando gigantocitos com fitoparasitos

Como se vê o anatoomo patologista ainda adota a classificação da afecção em objeto no grupo das blastomicôses.

- i — tecido inflamatório com numerosas plasmacélulas, fibroblastos, linfócitos e histiocitos.
- d — tecido conjuntivo do derma, onde se desenvolve o processo inflamatório.
- e — epitélio cutâneo. Neste campo não há hiperplasia ou acantose existente em outros.
- p — papila hipertrofiada do derma.
- g — formação tubercular, no meio do tecido inflamatório.
- t — células epitelioides circunscrevendo uma lesão tubercular, com fitoparasitos.
- l — leucócitos polimorfonucleares, em torno de fitoparasitos.
- c — gigantocitos englobando fitoparasitos.

A sementeira do material obtido por punção de um dos nódulos já citados resultou, em meio de Sabouraud a 37° C., uma colônia cinzento escuro, aveludada, característica portanto de um fungo. Essa cultura foi enviada ao DR. FLORIANO DE ALMEIDA em São Paulo, de quem indiretamente tivemos notícias dizendo que, realmente tratava-se de um fungo pertencente a um dos generos causadores da cromomicose, porém continuava em estudo para estabelecer-se devidamente seus caracteres culturais e determinar a especie.

Feito o diagnóstico iniciamos a terapêutica, excisando com termo cauterio os nódulos mais antigos e administrando por via bucal a Sol. de Lugol forte em doses crescentes até atingir 30 gts. três vezes ao dia. Ao mesmo tempo fazíamos por via intramuscular injeções de um sal iodado de bismuto, tendo em vista a sífilis despistada pelo laboratório. No local onde

foi extirpada a bisturi o nódulo enviado ao anatomopatologista, houve cicatrização por primeira intenção, não dando mostra de recidiva local enquanto o paciente permaneceu hospitalizado, i. é., quatro meses. Infelizmente, o doente não teve a necessária paciência para suportar o demorado tratamento tendo pedido alta hospitalar, não nos dando mais notícias. Até a ocasião de sua alta as lesões que tinham sido excisadas, estavam evoluindo bem, tendo algumas cicatrizado com auxilio de aplicações locais Sol. de Lugol fraca.

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA (Floriano de) — As Blastomicoses no Brasil, Aiais da Faculdade de Medicina de São Paulo, IX, 1939.
- ALMEIDA (Floriano de) — Importencia pratica das Cromomicoses, Boletim do Sanatório S. Lucas, S. Paulo, I, 133, março de 1940.
- ALMEIDA (Floriano de) e LACAZ Carlos da Silva) — Fungos das Cromomicoses, (2.^a nota), Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, São Paulo, XLIII, 249, março de 1942.
- ALMEIDA (Floriano de) e LACAZ (Carlos da Silva) — Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, Valor das intradermo reações no diagnóstico das cromomicoses, S. Paulo, XLIII, 525, junho de 1942.
- ALMEIDA (Floriano de) e LACAZ (Crlos da Silva) — Micoses Cirurgicas. Boletim do Sanatório S. Lucas, S. Paulo, I, 51-67, outubro e novembro de 1939.
- ALMEIDA (Floriano de) — Mycologia Médica, 579, S. Paulo, Cia Celhoramentos, 1939.
- ALMEIDA (Edson) — Em torno de um caso de cromomicose, O Hospital, XXL, 467, março de 1942.
- BRUMPT (E.) — Precis de Parasitologie, II, 1647, Masson e Cie, Paris, 1936.
- FONSECA (O. da) — Sur l'etat actuel de la question des chromoblastomycoses, La Presse Médicale, N.^o 12, 133, Paris, fevrier 1940.
- LEITÃO (Sá) — Um caso de Dermatites Verrucosa Cronomicotica, Publicações Médicas, 23, outubro e novembro de 1942, S. Paulo.
- MEDEIROS (Olavo) — Mais um caso de Cromomicose, Publicações Médicas, S. Paulo, 13 setembro de 1942.
- RIBEIRO (Domingos de Oliveira) e BICUDO JR. (João da Fonseca) — Cromomicose atipica simulando tuberculose cutânea, Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, XLIII, 434, S. Paulo, maio de 1942.
- ROST (G. A.) — Enfermedades de la Piel, 428, 2.^a ed., Labor S. A. Buenos Aires.
- TIBIRICA (Paulo de Queiroz Telles) — Anatomia Patologica da Dermate Verrucosa Cronomicotica — Tése, S. Paulo, Empr. Gr. da Revista dos Tribunais, 1939.

CLINICA ROENTGEN

RADIODIAGNÓSTICO

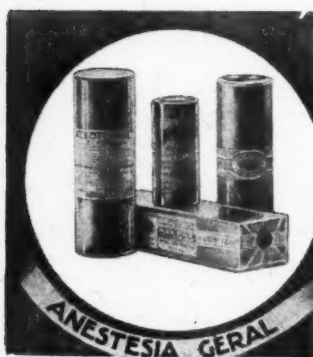
Exames radológicos em domicilio

+ Dr. Raphael de Lima Filho
Pedro Cabello Campos

Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 644 * Fone 2-5831 * São Paulo



PUREZA E EFICÁCIA



BALSOFORME
CLOROFÓRMIO SPÉCIA
ÉTER ANESTÉSICO RHODIA
KELENE GERAL



SCUROCAINE
KELENE LOCAL
STOVAINE

CORRESPONDÊNCIA: **Rhodia** C. POSTAL 2916 - S. PAULO

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE, MOLÉSTIAS TROPICAIS E INFECCIOSAS,
EM 4 DE MAIO

Presidente: Dr. André Teixeira Lima

Tratamento cirúrgico da leishmaniose tegumentar american. —

Prof. Antônio Prudente e Dr. Georges Arié. — O tratamento cirúrgico da leishmaniose tegumentar americana não constitui propriamente inovação no tocante à terapêutica geral da moléstia. Entre nós, Vilela, em Araçatuba, vem se dedicando há algum tempo a essa modalidade de tratamento, limitando-se todavia, quasi que exclusivamente, ao sector afeto à sua especialidade, isto é, a Otorrinolaringologia. Outros que exercem sua atividade nesse setor limitam-se à cauterização dos nódulos leishmanióticos, recorrendo excepcionalmente à eletro-cirurgia. Acresce que a subsequente eliminação da escara resultante traz deformidades por perda de subs-

tância, bem como cicatrizes viciosas, permanecendo estigmatizados os pacientes submetidos a êsse tratamento. A cirurgia da leishmaniose tegumentar americana não deve ser conservadora, tornando-se necessários conhecimentos cirúrgicos e plásticos por parte de quem a exerce, de maneira a promover a reparação dos tecidos, quer por métodos cirúrgicos, pelo aproveitamento de enxertos e retalhos, quer seguindo uma orientação biológica pelo aproveitamento das propriedades de auto-reparação dos tecidos, como veremos adiante.

Ao cirurgião interessa o tratamento da leishmaniose cutâneo-mucosa ativa. A exérese eletro-cirúrgica dos nódulos e placas ulcerativas, não prescinde do tratamento



Laboratório de HORMOTHERAPIA

Aché

ESCRITORIO EM S. PAULO — TEL. 4-6462

ESTABILIZANTE
(VIA GÁSTRICA)*Colóides estabilizantes conhecidos no sêro de animais previamente preparados.*

Indicado nas frequentes perturbações dispepticas das crianças sujeitas ao alimento artificial. É um poderoso estimulante de todas as secreções externas das mucosas e das glândulas do aparelho digestivo. Impermeabiliza a mucosa do tubo digestivo aos agentes tóxicos e infecciosos. Medicação específica das cólites.

Doses: UMA AMPOLA ADICIONADA AO LEITE DE CADA REFEIÇÃO.

geral da moléstia. Este deverá seguir-se à intervenção e, no caso em apreço, será de preferência realizado de acordo com a orientação de F. Vilela, Bruno R. Pestana e S. B. Pessoa (1) que preconizam a associação dos antimoniais e do amino-arsenofenol (Eparseno) por via venosa. Como sabemos, esta última substância é dotada de poderosa ação parasitocida contra as leishmanias localizadas nas mucosas.

O tratamento cirúrgico da leishmaniose tegumentar americana consiste, a nosso ver, na exérese eletro-cirúrgica das lesões cutâneas e mucosas ulcerativas, pela ressecção, a cerca de 1 cm. de distância da zona infiltrada, retirando-se amplamente todo o tecido lesado. A intervenção realizada com a eletro-cirurgia traz como vantagem:

a) as úlceras ativas se caracterizam essencialmente pela falta de reação dos tecidos vizinhos, como se estes tivessem perdido toda a capacidade de reparação. Nesses casos se encontra a aplicação de uma das propriedades da eletro-cirurgia, isto é, a de determinar, por coagulação, uma forte reação dos tecidos limitrofes. Após a coagulação e ressecção do tecido atônico e lesado, pode-se provocar nos tecidos vizinhos uma reação intensa que dá lugar a formação de abundantes granulações;

b) com o emprêgo da eletro-cirurgia, obtém-se o fechamento automático de todos os vasos sanguíneos e linfáticos de pequeno calibre, o que evita a passagem de elementos leishmanióticos por esses mesmos vasos;

c) os elétrodos operatórios por sua vez, não podem servir de vetores por repique de um para outro ponto da ferida operatória, já que estão sempre livres de contaminação pela própria passagem da corrente elétrica; teríamos assim uma propriedade esterilizante;

d) o emprêgo da eletro-cirurgia traz a enorme vantagem da laqueadura automática dos vasos

sanguíneos, coibindo as hemorragias;

e) por meio da cocção do nódulo, realizada pela eletro-coagulação, obtém-se o bloqueio da infecção nas lesões infectadas secundariamente;

f) a eletro-cirurgia introduziu o emprêgo da alça que permite a retirada parcelada dos tecidos lesados, com controle absoluto do terreno em que se opera;

g) finalmente a eletro-cirurgia evita em grande parte o choque operatório na retirada dos grandes blocos leishmanióticos, pela coagulação das terminações nervosas e obliteração dos vasos.

Uma vez retirada a lesão, sobrevém o problema da reparação das perdas de substâncias consequentes. É então que o cirurgião se deve aproveitar, quer de seus conhecimentos plásticos, lançando mão de enxertos e retalhos retirados de outras regiões para a cobertura dessas perdas de substâncias, quer das propriedades biológicas desses mesmos tecidos, condicionando à regeneração dos mesmos.

Um de nós (2), em seu relatório sobre a "Orientação Plástica no tratamento das feridas", apresentado ao 1.º Congresso Latino-Americano de Cirurgia Plástica, demonstrou que a reparação das perdas de substância se pode fazer por regeneração específica dos tecidos.

Uma das condições necessárias senão indispensáveis à regeneração por parte do organismo, consiste na obtenção do "Leito nutritivo" (Naehrboden de Bier) pode ser constituído, segundo esse autor, pelo sangue, linfa e outros líquidos que extravasam das feridas. Esses líquidos são os elementos propícios para a reconstrução biológica das perdas de substância.

Um de nós (3) empregou o sangue como leito nutritivo, colocando a região em posição horizontal e recobrimdo-a diretamente com

um aparelho gessado, que deve passar em ponte sobre a perda de substância. Com o emprego do sangue e do gesso pôde-se verificar fenômenos altamente interessantes, quer do ponto de vista biológico, quer do ponto de vista bacteriológico. Ao se encher com sangue uma cavidade que resulta de uma perda de substância, verifica-se que, após algum tempo, em minutos, a parte sólida se separa da líquida, vindo esta para a superfície e trazendo consigo não só os corpos estranhos de pequeno volume, mas também os germens. O soro sanguíneo exerce pois uma função de drenagem natural. A fibrina que enche a cavidade serve de condutor para os elementos regenerativos que nessa trama encontram substâncias celulares sanguíneas, altamente necessárias para eles. O gesso colocado sobre a ferida absorve o soro extravasado, mantendo intacto o leito nutritivo. A evolução biológica da ferida é assim respeitada no mais alto grau.

Isso permite obter a reparação das perdas de substância por regeneração, com reabilitação anômica e funcional.

Deduz-se do exposto, a excepcional importância da orientação plástica no tratamento das perdas de substâncias consequentes à exérese dos nódulos leishmanióticos dos membros.

De acôrdo com os dados publicados pela extinta Comissão de Estudos da Leishmaniose, a localização das úlceras é de preferência nos membros inferiores. Cerca de 38% dos casos na perna; 20% nos braços; 11% na cabeça; 11% nos pés e o restante nas outras partes do corpo. A observação mostra ser preferentemente nos lugares descobertos onde a localização das úlceras se faz, correspondendo ao local da picada do hematófago vector. Quanto às formas clínicas, atemo-nos à classificação de Rabelo, já bem conhecida dos senhores.

O estudo das lesões iniciais da leishmaniose tegumentar americana são pouco conhecidos. A não ser os trabalhos de Buss (4) que estudou cuidadosamente a questão, verificamos apenas os trabalhos de Romeu da Silveira (5) e de Pessoa e Rangel Pestana (6).

A retirada das lesões localizadas nos membros inferiores é feita, como já foi dito, pela eletrocirurgia. Uma vez ressecado todo o tecido infiltrado fica o cirurgião diante da perda de substância, por vezes pequena, e nesse caso uma simples aproximação dos bordos da ferida e a colocação de alguns pontos de seda resolvem o problema, mas, por vezes, diante de enorme superfície cruenta. A ferida deve ser tratada de acôrdo com os princípios biológicos já descrito, procurando-se auxiliar a obra da Natureza, facilitando aos tecidos o aproveitamento de suas propriedades de auto-reparação. O membro é imobilizado em aparelho gessado, colocado em ponte sobre a lesão, procurando-se sempre imobilizar a região para isso abrangendo no aparelho as articulações a montante e a jusante da perda de substância. Baseados nos princípios já referidos, nenhuma substância antiséptica é colocada sobre a ferida, cuja esterilidade é garantida pela própria imobilização. A drenagem se faz automaticamente através do gesso que, no caso funciona como mata-borrão, absorvendo as secreções. A reparação se faz automática e silenciosamente. O aparelho gessado traz como consequência o imediato desaparecimento dos fenômenos dolorosos, não se notando qualquer alteração na curva térmica. Isto amplia evidentemente de muito as possibilidades do tratamento cirúrgico da leishmaniose tegumentar americana dos membros.

A leishmaniose da mucosa bucal é tratada pela eletro-coagulação em bloco. A cicatrização na

boca é excelente. O tratamento eletro-cirúrgico dessas lesões deve ser precoce, afim de evitar a propagação do mal para o rinofaringe, o que constitui uma localização de difícil acesso ao tratamento, pela sua disposição anatómica, e sobretudo porque é deveras penosa para o doente, trazendo perturbações digestivas, respiratórias e de fonação. A eletro-cirurgia tem acesso relativo na faringe, por via bucal. Os eletrodos são montados em intermediários isolados com borracha.

F. Vilela (7) fez notar a possibilidade da localização da leishmaniose na mucosa nasal, em fase muito mais precoce da moléstia do que aquela comumente assinalada por vários autores, como R. da Silveira, Kluotz e Lindenberg. Assinala êsse autor a necessidade de serem os portadores de leishmaniose da pirâmide nasal submetidos a exame minucioso da mucosa, afim de que o doente possa receber precocemente os cuidados necessários. Teve Vilela ocasião de verificar em casos recentes de leishmaniose cutânea, a presença de lesões iniciais da mucosa nasal, mesmo quando essa mucosa se encontrava perfeitamente íntegra à inspeção. Vilela, Rangel Pestana e S. B. Pessoa (8) acham ser fácil a demonstração de leishmanias na mucosa, mesmo nos casos em que ela se mostra íntegra e de aspecto absolutamente normal. Em seu já citado estudo êsses autores apresentam 12 casos de leishmaniose cutânea, dos mais recentes, que procuraram o serviço da Comissão de estudos, em Araçatuba. Dêsses 12 casos, apresentavam lesões iniciais no nariz, 5 deles, ou sejam 40%, e sem qualquer lesão, os 7 restantes, ou sejam 60%.

Mario Otoni (9) descreve uma forma infiltrativa sem ulceração, na qual segundo êsse A., as leishmanioses são mais facilmente encontradas do que nas formas secas, ulceradas, nodulares.

De qualquer forma, os autores citados procuram demonstrar a in-

cidência da lesão da mucosa nasal, mesmo quando esta se apresenta aparentemente íntegra. Para o cirurgião, a mucosa de um portador de leishmaniose nasal, rebelde à terapêutica comum, sem melhoras, é suspeita e as suas tendências à infiltração, mesmo em potencial, podem, pelo súbito desencadeamento do processo evolutivo, pôr em cheque todo o processo de reparação. As lesões iniciais da mucosa, afetam preferentemente o septo cartilaginoso e, em, seguida, a cabeça do corneto inferior. Também pode ser observada a localização inicial no corneto médio. Nas observações citadas, tais lesões coexistiam sem que os doentes se queixassem de qualquer perturbação para o lado do nariz.

Então, nesses casos em que há falência da terapêutica comum, ou quando já existe grande processo destrutivo da pirâmide nasal, deve esta, ou o que dela restar ser ressecado, realinzando, subsequentemente, uma rinoplastia total, como os senhores verão num film daqui a pouco. Quando se trata de processo extinto, aquelas resultantes são ainda da alçada do cirurgião plástico. Os afundamentos totais, ou parciais, bem como as destruições de todos os graus, são corrigíveis, livrando-se um indivíduo de um estigma indefinido.

Comentários: — Dr. Antônio Prudente. — O dr. Arié, em virtude da premência de tempo, não explicou um fato muito interessante que temos tido ocasião de observar, que é a questão da evolução da ferida resultante da extirpação da úlcera. Por isso a Casa não tomou conhecimento exato do que se pode realizar nesta questão. Temos tido casos de úlceras tratadas pelo presente sistema: ressecção por eletro-cirurgia e depois deixadas em repous em aparelho de gesso, cicatrizam com uma velocidade espantosa. Quer me parecer ainda que na leishmaniose deve haver um elemento qualquer excitante da regeneração dos tecidos, pois que a granulação é bastante rápida como também a epitelia-

ção. Para exemplificar citaremos o caso de uma úlcera de mais de 15 centímetros de comprimento, abrangendo toda a volta da perna, que se cicatrizou por si só, em menos de 2 meses, sem nenhuma espécie de enxerto, apenas com a ressecção e gesso.

Dr. Zeferino Vaz. — Foi para mim um grande prazer ouvir a presente comunicação, em primeiro lugar, por ver que a cirurgia se dedica a um problema que interessa profundamente a todo o médico que tenha senso de honestidade e que já tenha tido ocasião de algumas vezes se lembrar dos milhares de doentes, deformados pela leishmaniose, que passam o resto de sua vida, vítima de um complexo de inferioridade que os tortura cruelmente. Por certo o ideal, seria que o dr. Prudente fizesse não apenas alguns, mas uma multidão de discípulos que fossem levar estes benefícios pelo nosso Interior afóra. Também constituiu grande prazer para mim, ter sido o assunto ventilado pelo dr. Arié, que já conheço desde os tempos de estudante, onde já dava mostras do grande valor e do grande mérito que viria a ser mais tarde.

Dr. Airosa Galvão. — Quero felicitar os AA. pelo trabalho que nos acabam de trazer e que nos enchem de novas esperanças, com relação ao tratamento das deformidades causadas pela leishmaniose, principalmente para aqueles que já trabalharam no Interior e sabem da infinidade de doentes deformados que existem por aí. Quero lembrar também que o dr. Vilela, certa vez me chamou a atenção para o fato de que a electrocoagulação trazia benefícios bastante grandes no sentido da cura das lesões, e isto era independente da cirurgia propriamente dita.

Dr. Mauro Pereira Barreto. — Faço minhas as palavras do dr. Airosa Galvão e do dr. Zeferino Vaz, e em nome da mesa agradeço a brilhante comunicação. A dificuldade com que cicatrizam as úlceras leishmanióticas, mesmo

quando tratadas, é fato bastante conhecido de todos os que tiveram ocasião de tratar da moléstia qualquer que seja o método empregado. O método cirúrgico que acaba de ser apresentado pelos drs. Prudente e Arié vem abrir novos horizontes.

Sobre uma raça agametocitogênica de *Plasmodium cathemerium* Hartman, 1927. — Prof. Samuel B. Pessoa e dr. Mauro Pereira Barreto. — Estudamos uma raça de *Plasmodium cathemerium* Hartman, 1927, isolada de tico-tico (*Brachyspiza capensis*) naturalmente infectado e mantida por sub-inoculações de sangue intramuscularmente em canários (*Serinus canarius*). Esta raça que se acha, atualmente, na 55.^a passagem, deixou de produzir gametócitos em todos os pássaros subinoculados, a partir da 30.^a passagem inclusive. Além disso, ela passou a exibir completo assincronismo das esquizogonias, apresentou modificações morfológicas, consistentes na irregularidade dos contornos dos parasitas e na tendência destes para se corarem menos intensamente pelos derivados do Romanowski, e aumentou grandemente de virulência para canários.

Comentários: — Dr. Zeferino Vaz. — Estamos diante de uma questão extraordinariamente interessante, pelo seguinte: como muito bem relatou o dr. Pereira Barreto, alguns autores têm verificado raças agametocitogênicas, e notaram que estas raças que assim se comportam, mais tarde podem reverter à forma gametocitogênica, como também já verificou Boyd. Isto me faz lembrar do fenómeno de mutação, que aliás nada tem de extraordinário pois que se passa com todos os seres vivos da Terra. São bem conhecidos os trabalhos a respeito, referentes às experiências feitas com o pneumococo, que depois de sofrer mutações, pode voltar mais tarde ao mesmo tipo primitivo. Este fenómeno também pode ser

induzido artificialmente, utilizando-se para isso os raios X ou as irradiações ultravioletas, e esta indução apenas auxilia o fenómeno que se processará naturalmente. Assim sendo, no presente caso relatado pelo dr. Mauro Pereira Barreto, trata-se apenas de um fenómeno de mutação, o que aliás está confirmado pelo modo com que os parasitas passaram a se comportar em relação ao corante de Romanowski e em relação à sua virulência, isto quer dizer que estamos diante de um caso exatamente igual ao observado com o pneumococo. Tenho a impressão de que, com a conservação desta raça, por algum tempo, em laboratórios, se poderá obter novamente a sua volta à gametogenia; é como se tivesse surgido uma nova espécie pois que o seu comportamento é o de uma nova espécie.

Dr. Airoa Galvão — Seria interessante, verificar-se se as espécies que têm sido isoladas em laboratórios, vivendo nas condições de laboratório, não teriam também esta desincronização da esquizogonia. Tagliaferro tem experiências a respeito e observou que, modificando as condições de vida, se consegue inverter o sincronismo da esquizogonia.

Dr. Mauro Pereira Barreto — Em 1.º lugar quero agradecer a contribuição do prof. Zeferino Vaz. Acredito que o caso presente constitui um exemplo típico de mutação. Mas, se esta mutação foi ou não produzida ou acelerada por drogas que os canários inoculados receberam no curso das experiências que o prof. Pessoa e eu vimos conduzindo, só futuras investigações poderão esclarecer. Não vejamos. Temos sempre procurado manter a raça de *Plasmodium cathenerium* em canários que não receberam tratamento algum e fazer as subinoculações antes desses canários serem tratados. Mas, em algumas ocasiões os canários doadores ou "cepas" morreram e tivemos que nos socorrer, para a conservação da raça, de caná-

rios que haviam recebido alcalóides da peroba, tanato de potássio e sais de quinino; as duas primeiras drogas sem ação antimalárica alguma como mostrou o prof. Pessoa em trabalhos anteriores. Ora, a hipótese do prof. Zeferino é tanto mais interessante, quanto se sabe que o quinino, durante a sua administração, provoca uma anarquia no ciclo esquizogônico. Acontece, porém, que, depois da administração desta e daquelas drogas, o plasmódio continuou com seus caracteres. Demais, na 30.ª subinoculação, quando o plasmódio passou a exibir as alterações descritas, foram inoculados diversos canários, com sangue de um canário que apresentava gametócitos e regularidade no ciclo esquizogônico (canário 304). Pois bem, só em um canário (canário 309) e nos subinoculados a partir dele, o plasmódio passou a mostrar as alterações descritas, ao passo que os outros canários inoculados na mesma ocasião, com a mesma quantidade do mesmo sangue, e mantidos nas mesmas condições, continuaram a mostrar gametócitos e regularidade no ciclo esquizogônico.

Quanto aos comentários do dr. Ayroza Galvão, devo dizer que, efetivamente, a alteração das condições ambientes, em particular a inversão das horas de luz e escuro ou de atividade e repouso, durante as 24 horas faz variar o momento em que as esquizogonias se completam, havendo, durante o período de adaptação, um assincronismo grande das esquizogonias. Isto, que foi verificado por Tagliaferro em "*Plasmodium knowlesi*", também foi observado por outros autores com os plasmódios aviários inclusive o "*P. cathemerium*" e por Young e Coatney com o "*P. malariae*". Mas, a alteração do sincronismo é transitória. Demais, nota-se, apenas assincronismo nas esquizogonias e não perda da faculdade de produzir gametócitos, alterações morfológicas e aumento da virulência, como no nosso caso.

Mais um caso autóctone de malária quartã no Estado de S. Paulo — Dr. Victor Homem de Mello — Compulsando a literatura e colhendo algumas informações inéditas, verifica que até a presente data foram assinalados no território paulista 12 casos autóctones de malária quartã, com a devida comprovação hemoscópica:

1. Guimarães e Cortez, Ourinhos — 1919. An. Paul. de Med. e Cir. 10 (6):130-133.
2. S. B. Pessoa, Caraguatatuba — 1922. Rev. Paul. de Med. XXI (5):406.
3. Prado e Carvalho, Ilha de S. Amaro — 1930. An. Paul. de Med. e Cir. 21 (5):96.
4. e 5. Amaral, Coutinho e Quaglia, Rio Preto e Itaporanga — 1941. Reunião de 8-8-41 da Soc. de Biol. de S. Paulo.
6. Fonseca e Mercer, Olimpia — 1941 (inédito).
7. 8. 9. 10. Lima e Santos, Itaporanga — 1942. Arq. de Hig. e Saúde Pública, VII (15):112.
11. Barreto, Padua Sales — 1942. Sessão de Hig. e Mol. Trop. e Inf. da A. P. M. de 4-11-42.
12. O presente.

Faço alguns comentários em torno do caso inédito de Fonseca e Mercer sobre o qual tive oportunidade de realizar inquérito epidemiológico, e cito dois outros casos ainda não comunicados: um de I. A. Santos em Itaporanga, 1941 (Núcleo Colonial "Barão de Antonina") e outro de A. Schiavi, este já fora do território do Estado, em Mato Grosso, mas na proximidade imediata da fronteira paulista: numa olaria situada junto à ponte da N. O. B. sobre o rio Paraná.

Comentários: Dr. Mauro Pereira Barretto. — Agradeço ao dr. Vitor Homem de Melo, mais esta contribuição para o conhecimento da malária quartã em nosso Estado. Como assinalou o dr. Homem de Melo, até 1941, só 3 casos haviam sido descritos; de então para cá, os casos se vêm sucedendo com mais frequência e à medida que se investiga, mais cuidadosamente, o

número de casos vai aumentando. E' o mesmo que se passou com a moléstia de Chagas em nosso Estado. Tenho para mim, que as infecções pelo "P. malariae" em nosso Estado, são muito mais frequentes do que se pensa. Do contrário, como explicar a transmissão?

Um outro fato interessante, é a questão da febre, pois em geral os casos descritos como de malária quartã não têm apresentado o tipo febril quartã. Isto está de acôrdo com as observações de Boyd e colaboradores, que demonstraram que, em geral, a febre aparece com o tipo quartã e depois este tipo se complica com o aparecimento de novos ciclos de parasitas no sangue, ficando então a febre de tipo quartã duplo ou triplo, só mais tarde voltando ao tipo quartã que permanece por longo tempo. Em geral nossos casos têm sido apanhados no período de febre quartã dupla ou tripla e não simples.

Descrição de um novo anofelino da parte alta do Vale do Amazonas "Anopheles (Nyssorhynchus) Galvãoi" N. SP. — Drs. O. R. Causey, L. M. Deane e M. P. Deane. — Os AA. descrevem uma nova espécie de *Anopheles* pertencente ao "complexo tarsimaculatus" do grupo "Nyssorhynchus, encontrada em Rio Branco, Território do Acre, Brasil. Este mosquito se assemelha ao "Anopheles aquasalis na coloração do adulto. Pelos caracteres genitais é mais próximo do "Anopheles oswaldoi", como se verifica pela placa preapical grande e pêlos longos dos lóbulos basais dos lobos dorsais. Ele pode, entretanto, ser facilmente distinguido como nova espécie. Os AA. propõem, então, para ela o nome de "Anopheles galvãoi" em honra do dr. A. L. Ayrosa Galvão, parasitologista da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil.

Comentários: Dr. Ayrosa Galvão. — Sendo eu o homenageado, peço

ao sr. presidente para que conste em ata o meu agradecimento por esta homenagem daqueles autores, que, além de serem meus estimados amigos, trabalham na mesma região onde já estive.

Dr. Mauto Pereira Barreto. — Peço ao dr. Ayrosa Galvão que se incumba de agradecer em nome da Secção aos autores do trabalho que acaba de ser apresentado.

Cumpre-me assinalar que a espécie descrita, havia sido vista entre nós pelos drs. Ayrosa Galvão, Lane e Unti, ao mesmo tempo que o dr. Causey e colaboradores a encontraram no Amazonas. Mas, por uma gentileza daqueles a espécie deixou de ser descrita para que pudesse sê-lo pelo dr. Causey e colaboradores.

SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA, EM 5 DE MAIO

Presidente: Dr. André Teixeira Lima

Resultados práticos de uma psicanálise em um caso de neurose de caráter com alguns sintomas orgânicos — Dr. Flávio Rodrigues Dias — Trata-se de um caso de psicanálise que, pelas dificuldades encontradas, exigiu um longo prazo de tratamento (3 anos e 4 meses). Esta dificuldade foi devida à neurose se estabilizar e cristalizar parcialmente em traços de caráter, tornando-se assim sua resistência particularmente difícil e pouco acessível em certos pontos ao método analítico.

Em compensação, em seu feito propriamente neurótico, a análise se mostrou muito eficaz, removendo completamente certos sintomas, como a anorexia mental, a magreza de natureza psicógena, a impotência sexual, e o medo das doenças em geral.

Descreve sob este ponto de vista a psicogênese e o dinamismo psicológico de tais sintomas, bem como o seu mecanismo de cura.

Outros sintomas como as disordens intestinais, não ficaram totalmente esclarecidos nessa análise, porém foram beneficentemente influenciadas, até certo ponto, graças à compreensão analítica adquirida pelo paciente, em relação aos mesmos.

Do ponto de vista do seu comportamento conjugal, descreve a grande transformação operada no paciente, em relação à sua situação anterior, de profundo desajustamento e incompreensão de ambos os cônjuges, que chegou des-

sa maneira, quase ao desquite, para finalmente se normalizar por completo, permitindo, daí por diante, um sadio equilíbrio e de mútuo afeto.

Assim ajustado em sua vida conjugal, passa a descrever a influência sadia exercida daí em diante sobre a esposa, bem como os seus efeitos calmantes que então desempenha sobre a instabilidade e humor e comportamento da mesma.

Accentua as consequências desses resultados sobre os filhos, pois que que, pai e mãe neuróticos tenderiam fatalmente a formar filhos neuróticos.

A ação de um novo e sadio ambiente psicológico proporcionará daí em diante aos filhos, condições favoráveis para o normal desenvolvimento e formação mental, evitando-lhes uma neurose futura.

Conclue achando que, se a análise não resolveu o caso sobre todos os aspectos apresentados, os efeitos obtidos contudo, são notáveis, e tenderão a se completar no futuro, porque, o paciente adquiriu pela análise, um novo método que o auxiliara por si próprio, a resolver os seus problemas restantes, bem como a se defender dos que se apresentarem no futuro.

Comentários: Dr. Paulo Lentino. — Ao ouvir tão brilhante exposição, não poderia deixar de tecer alguns comentários a respeito. Foi muito bem fixado pelo dr. Flávio Rodrigues Dias o aspecto do ca-

ráter do doente, principalmente sob um ângulo mais Adleriano do que propriamente Freudiano, quando por ex. o A. insiste na importância que desempenha o pai na educação do filho, podendo criar no fim de contas um complexo de inferioridade como foi apresentado no caso. Além disso, a atitude do indivíduo na vida, é a atitude de um fracassado, portanto, sujeito a um complexo de inferioridade. Um fato interessante, é que o A. cita, falando sobre a potência do indivíduo, que ela só voltava, após ter o mesmo, se diminuído a si próprio em certas circunstâncias. Ora, estes fatos seriam melhor explicados sob a luz da doutrina de Adler do que propriamente da doutrina de Freud.

Outro fato muito bem encarado pelo dr. Flávio, é a questão da homossexualidade latente, que está plenamente relacionada com a doutrina de Freud, pois que esta homossexualidade estaria em relação com a inferioridade sexual do paciente.

Falando sobre a questão do caráter, o dr. Flávio frisou certos aspectos, que o enquadram no caráter anal de Freud, pois o doente, segundo foi relatada, tinha avareza, obstinação e a relação entre dinheiro e fezes vem mostrar perfeitamente aquela identidade. Assim sendo, seria interessante que fossem focalizados outros aspectos com referência ao caráter anal, pois quer me parecer, que neste doente seriam encontrados todos os elementos do caráter anal de Freud.

Quanto à evolução, foi bastante demorada e isto se justifica, pela dificuldade do caso, não tendo sido conseguida uma remissão completa de todos os sintomas. A transferência que era bastante positiva, tornou-se negativa e isto provavelmente teria acontecido em virtude da demora do tratamento; talvez que se se tivesse marcado um prazo mais curto para a terminação do mesmo, as melhoras fossem mais acentuadas, pois que

o paciente teria então mais interesse na sua cura.

Dr. Anibal Silveira. — Queria indagar apenas qual foi a duração total da análise. Tenho a impressão de que os elementos mais conscientes, mais superficiais, foram mais rapidamente eliminados. O próprio doente tinha consciência desses distúrbios, e neste ponto a observação do dr. Flávio é muito clara e muito interessante.

Outro fato, para o qual eu quero chamar a atenção é a concordância entre o método de Rohrschach e o diagnóstico clínico em geral, e especialmente neste caso. Gostaria que o dr. Flávio, que evidencia bastante experiência com o método de Rohrschach, trouxesse à Casa, um trabalho neste sentido; chamo a atenção para a conclusão que foi possível tirar no presente caso com a aplicação do método de Rohrschach, que revelou o componente compulsivo no mecanismo psíquico do paciente. E aprecio principalmente o caráter sintético com que o A. apresentou o protocolo dos exames por esse método.

Outra questão ainda interessante a lembrar, é o ambiente dos neuróticos. Mesmo para os que estamos na psiquiatria clássica chama a atenção o fato de que os neuróticos têm quasi sempre ambiente doméstico também essencialmente neurótico. Na presente observação, especialmente, é de se notar que pelo menos o pai do paciente tinha características neuróticas acentuadas, que exerceram influência marcada na vida do observando, o qual por sua vez ia transtornando a formação psíquica do filho. Este aspecto da questão é muito interessante e mostra que a psicoterapia bem aplicada — no caso a psicanálise — vai resolver além do problema individual também problemas familiares. Insisto no pedido para que o dr. Flávio nos traga alguns trabalhos, focalizando principalmente a sua experiência com o método de Rohrschach nos neuróticos.

Dr. Flávio Rodrigues Dias. — Quero agradecer as considerações dos colegas em torno deste trabalho. O dr. Lentino afirmou que eu analisei este caso, mais do ponto de vista da doutrina de Adler; entretanto, o caso não me parece bem assim. O que aconteceu foi que, neste caso, eu não pude alcançar nesta análise certos mecanismos mais profundos para chegar a comprovar certos pontos básicos da doutrina de Freud, e permaneci mais nos fatos de superfície, encarando certos pontos da questão familiar, e estudando mais o efeito da família sobre o doente. Pode parecer que nestas condições, eu teria adotado a doutrina de Adler, mas isto é devido unicamente ao fato do doente apresentar uma resistência muito grande e não podendo eu analisá-la para maior penetração no seu inconsciente, não tivesse praticado, uma análise num sentido mais freudiano.

Quanto à impotência, do modo como a encara o dr. Lentino, eu não posso concordar pois o doente se sentia desvirilizado pela mulher de maneira idêntica ao pai e por isso é que ele reagia tanto a estes afetos; no momento em que compreendeu esta ação desvirilizante, modificou automaticamente a sua atitude para com ela e também o seu plano de vida conjugal.

Quanto à obstinação, consegui neste particular entrar um pouco mais profundamente para vislumbrar certos pontos evidentes e tipicamente freudianos, no paciente. Quanto à transferência, creio que foi bem analisada, e a prova mais evidente disto, é que o paciente ficou em tratamento durante 3 anos e 4 meses; ora, se fosse ela mal analisada, o paciente não teria aturado por tanto tempo o tratamento.

Quanto ao dr. Anibal Silveira, estamos de acordo que o tempo de tratamento foi um pouco longo. Quanto ao método de Rohrschach, eu apliquei o psicodiagnóstico, antes e depois do tratamento. E'

verdade que o valor deste método é de grande interesse para a psicanálise e em pacientes que tive oportunidade de usá-lo, durante o tratamento analítico ele tinha a função de um verdadeiro avaliador, que media a evolução aos progressos da análise.

Distrofia muscular familiar, acompanhada de atrofia testicular — Drs. Osvaldo de Freitas Julião e Roberto Melaragno Filho — Os AA. apresentaram as observações clínicas de três irmãos portadores de uma distrofia muscular. Depois de discutirem o diagnóstico diferencial, concluem tratar-se da moléstia de Steinert, ou "distrofia miotônica", justificando este diagnóstico pela presença das seguintes manifestações: amiotrofias, fenômenos miotônicos, persistência de um sulco determinado pela percussão de massas musculares, atrofia testicular com azoospermia, catarata, hipersecreção lacrimal, etc. Salientam, a seguir, algumas particularidades dos casos em estudo, chamando particularmente a atenção para a importância das alterações elétricas observadas (contração lenta, "reação fibrilar", etc.). Estas alterações da excitabilidade elétrica, aliadas à presença de contrações fibrilares e de mioedema, poderiam indicar a existência de comprometimento das células das pontas anteriores da medula (lesão nuclear), hipótese que é discutida pelos AA. Finalmente, estes expõem as conclusões gerais relativas aos casos apresentados.

Comentários: — Prof. Aderbal Tolosa. — O trabalho que acaba de ser apresentado, sobre amiotrofia nuclear familiar acompanhada de atrofia testicular, foi exposto de maneira perfeita e completa. Eu pediria entretanto ao dr. Julião que fizesse uma pequena modificação na questão da observação clínica, pelo menos de um dos casos. Neste refere-se que foi o exame elétrico que permitiu descobrir modificações na musculatura da face. Há aí certamente um en-

gano, pois examinei o referido doente com o dr. Julião e clinicamente verificamos os distúrbios da face antes do exame elétrico.

Um outro fato interessante, é que nesse mesmo caso, houve dificuldade de descontração dos masséteres, dificultando assim a abertura da bôca após seu fechamento se ter realizado fortemente.

Ademais, a coincidência da parte endócrina com a parte neuromuscular, é muito interessante dando um aspecto particular aos casos observados.

Prof. Paulino Longo — Nada temos a acrescentar ao presente trabalho. Apenas vamos fazer um lembrete aos autores, para tornar a sua observação mais completa. Um estudo mais pormenorizado dos exames subsidiários, como por exemplo o estudo dos componentes endocrinológicos será muito fácil, pois o dr. Julião trabalha ao lado da Secção de Endocrinologia da Santa Casa. Também seria interessante o pedido do metabolismo basal e a verificação do tîmus, que os autores americanos estão levando em muita consideração nestes casos.

Ademais, o trabalho foi muito bem realizado como se aconteceu com todos os que provêm da escola de que fazem parte os autores.

Dr. Henrique S. Mindlin. — Peço licença para fazer um comentário, porque o primeiro doente da série apresentada foi visto por nós, na enfermaria do prof. Rubião Meira. Ète doente quando entrou para a enfermaria, negou que existisse na família parentes com moléstia igual a sua. Chamou-nos atenção a atrofia dos membros inferiores os tremores fibrilares, a abolição dos reflexos profundos e do lado esquerdo, encontramos uma inversão do reflexo cutâneo-plantar. Uma vez que o doente negava a existência de moléstia na família, em presença da atrofia muscular e dos tremores e do sinal de Babinski, fizemos o diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica, forma

pseudo-polinevritica de Patrikios. Mais tarde entretanto, o caso foi melhor estudado e passou então a ser diagnósticoado como uma moléstia familiar.

Dr. Venturino Venturi. — Quero apenas perguntar se os AA. tentaram o uso da vitamina E como tratamento, pois ultimamente, têm aparecido trabalhos a êsse respeito; a vitamina E, seria principalmente indicada nestes casos, em que se verifica, concomitantemente, uma atrofia muscular.

Dr. Osvaldo de Freitas Julião. — Agradeço aos colegas os amáveis comentários. Quero desculpar-me, antes de tudo, pelas falhas que houve na leitura das observações. Apenas por uma questão de falta de tempo, li, sumariamente, as observações dos pacientes, que examinámos, mas no original, se encontram referidos, pormenorizadamente tôdas as perturbações existentes. O segundo caso por nós referido, apresentava, além do comprometimento do XII par; uma paresia dos músculos subordinados ao trigêmeo, verificada já ao exame clínico e confirmada pelo exame elétrico (contração lenta do masséter e do temporal). O fácies dos 3 doentes, era muito semelhante.

Ao prof. Longo, também agradecemos as suas considerações. A respeito dos exames subsidiários, devemos acrescentar que estamos realizando êstes exames, tanto os do metabolismo basal, como certas dosagens (de cálcio, fósforo, creatina, etc.), que têm um grande interesse nesses casos.

Ao dr. Mindlin, agradecemos o seu comentário. Também da primeira vez que inquerimos o doente, internado na 2.^a M. H. da Santa Casa, êle negou moléstia igual na família, e isto dificultava, sem dúvida, o diagnóstico; mas nós, por via de dúvidas, e suspeitando algo, mandamos chamar os seus irmãos ao ambulatório, onde foram examinados, confirmando tratar-se de afecção amiotrófica familiar.

SECÇÃO DE NEUROPSIQUIRIA, EM 19 DE MAIO

Presidente: Dr. Mauro Barreto

Estrutura das psicoses — Dr. Mário Yahn — Inicialmente diz o A., que procurará abordar os problemas que se lhe depararem no decurso da exposição do seu trabalho, sempre que possível pelo lado clínico. Diz, em seguida que sendo o grupo das psicoses extremamente amplo e heterogêneo, acha de grande conveniência que se apontem alguns fatos preliminares para desmembrá-lo; seleciona, então, as mais características com o fim de lhes estabelecer a estrutura.

Afirma que seria entrar em complexidades crescentes analisar os critérios para uma classificação das psicoses. Para simplificar a distribuição da matéria, escolheu a orientação de alguns autores modernos que, sob o ponto de vista etiopatogênico, distinguem três grupos fundamentais de psicoses: 1.º — Psicoses endógenas, nas quais intervêm fatores genotípicos arraigados na constituição individual; são transmissíveis hereditariamente e radicam no próprio organismo do indivíduo; 2.º — Psicoses exógenas, causadas por infecções, intoxicações ou outros agentes externos que atuam partindo do meio ambiente; 3.º — Psicoses psicógenas, que seriam desencadeadas por recordações, emoções e outros fatores afetivos, que agem diretamente sobre o psiquismo.

O A. desenvolve o tema com muita clareza, apresentando quadros esquemáticos.

Comentários: — Dr. Edgard Pinto César. — Acompanhei com muito interesse a exposição brilhante, sob todos os pontos de vista, do dr. Yahn. Na verdade, devo dizer que, quando li a ordem do dia anunciada para a sessão desta noite, tive certa estranheza pelo título do trabalho que seria apresentado, visto que as estruturas variam forçosamente com a

psicose em questão, de modo que é muito difícil o relato de um tema sob a denominação de "estrutura da psicose". No presente estudo, o dr. Yahn teve a oportunidade de desenvolver com muita clareza e intensamente, a parte propriamente etiológica, de maneira que, até certo ponto da exposição, eu estava em dúvida sobre se o dr. Yahn estava descrevendo a etiologia das psicoses ou a estrutura das psicoses, conforme fora anunciado. De fato, quando pensamos em estrutura das psicoses, temos que estar levando em linha de conta, a estrutura da fenomenologia da psicose, e, quando estudamos a fenomenologia das psicoses, entramos em cheio na questão da compreensão psicológica dos sintomas, em que, não raro, o fator etiológico fica um pouco de lado, porquanto, fatores etiológicos os mais variados podem desencadear quadros psicóticos perfeitamente idênticos. A simples circunstância da observação comum de casos de delírio de grandeza, no alcoolismo, clinicamente indiscerníveis da parálisa geral, (não fossem os sinais neurológicos e líquidos), a própria esquizofrenia, provocada pelos fatores etiológicos os mais variados (processo endógeno, reação sintomática e reação psicógena) tudo isto não nos permitiria compreender a estrutura da psicose, através do fator etiológico das pesquisas. Dêste modo, eu tenho a impressão de que, para a compreensão exata da estrutura da fenomenologia psico-patológica, que faz de uma moléstia o que se chama uma psicose, deve ser encarada de maneira prevalente o mecanismo psicológico do desencadeamento da fenomenologia psico-patológica. Todos os dias estamos vendo que o critério clínico descritivo não nos proporciona a chave da compreensão exata das psicoses. É fácil dizer que alguns fatores podem,

provavelmente, ter coexistido para o desencadeamento de uma psicose, mas chegar à compreensão exata de uma patoplastia em um dado momento, é muito difícil e não podemos ter esta compreensão nem em 10% dos casos.

A psicopatologia está condicionada pelos conflitos intrapsíquicos previamente existentes e eles nunca podem ser desviados do conceito dinâmico da evolução do indivíduo, porque não podemos esquecer que, com a educação sofrida nos primeiros meses de existência, se plasma o tipo de reação de um indivíduo. Pela domesticação de animais vemos como de uma fera se pode fazer um animal manso. Pavlov já havia demonstrado que não se conseguia desencadear as neuroses experimentais a não ser em certos tipos de animais que, pela circunstância de terem sido criados em ambientes domésticos sofreram a ação corretiva educacional de seus impulsos. Pela inibição da personalidade superior pelos diferentes mecanismos morbidos (orgânicos ou psicógenos) libertam-se os automatismos psicológicos. De maneira que a estrutura de um delírio está mais ou menos préformada no conflito das tendências elementares que compõem a unidade do indivíduo civilizado.

Para finalizar quero louvar o magnífico trabalho do dr. Yahn que demonstrou uma exuberante cultura psiquiátrica discorrendo com muita segurança por todos os setores da psiquiatria, nos mais intrincados dos seus recantos. Tomo entretanto a liberdade de recomendar ao dr. Yahn, que antes da publicação do seu trabalho, esta parte que se refere ao mecanismo psicológico dos sintomas psicóticos seja completada, o que tornaria o presente trabalho, uma síntese ainda mais perfeita.

Dr. Paulo Lentino. — Quero fazer apenas algumas considerações no sentido de colaborar com a brilhante conferência que acabamos de ouvir do dr. Yahn. Muito nos honrou a citação de um dos

casos por nós estudado. O dr. Yahn, na sua extensa casuística, tem diversos casos muito mais demonstrativos que o nosso; lembrome de um caso muito interessante, de uma moça de ótima situação social, que se casara por amor, mas cujo marido se casara por interesse e não correspondia ao seu afeto. Assim, o casamento foi para ela uma desilusão muito grande. O marido, após gastar a fortuna da esposa, abandonou-a com dois filhos menores, doentios, e alguns dias depois, morreu num desastre. Diante de tudo, isto esta mulher não pôde suportar a vida, pois todo o seu ideal estava desfeito. Uma reação do tipo esquizofrênico, não se fez esperar, tendo então sido internada no Instituto Aché, onde foi submetida a um tratamento psicanalítico. Dentro de 3 meses, a doente teve alta, mas não se tratava de uma cura completa, pois apenas cedeu o surto, a reação esquizofrênica. A paciente voltou então para casa, mas não podendo suportar o ambiente e não podendo resolver a sua vida sexual, dedicou-se a amores inconvenientes. A família, não dispondo mais de recursos, internou-a no Hospital de Juqueri; neste hospital foi tratada, teve alta novamente, mas, ao sair, teve outro surto esquizofrênico. Foi internada novamente no Juqueri, teve alta novamente, saiu outra vez, teve outra recaída e tudo então se repetiu. A análise deste caso deixa evidenciado que o fator externo, do ambiente, teve uma influência notável no desencadear das crises; o ambiente, agia, por assim dizer, como um fator esquizofrênico. Esta paciente, posteriormente, foi submetida, pelo dr. Yahn, à insulinoterapia, teve uma intercorrência grave, mas acabou por sarar completamente, e hoje tolera melhor o meio ambiente.

Sobre a questão da estrutura das psicoses, que o dr. Yahn abordou tão brilhantemente, considerando-se os comentários do dr. Edgard Pinto César, há a se notar o seguinte: o dr. Yahn abor-

dou em seu trabalho, a estrutura da psicose e não a estrutura psicológica da psicose, que é um assunto muito vasto e foi tratado apenas de passagem. Creio que isto vem resolver a aparente divergência entre as opiniões emitidas pelos drs. Yahn e Pinto César.

Quanto à psicose psicógena, é interessante o estudo do sentido finalista destas psicoses, como no caso que acabo de citar, em que havia uma ação traumatizante do meio ambiente.

Neste sentido, deve-se considerar, como padrão, a parafrenia, pois a estrutura do delírio parafrênico é tão nítida e o sentido tão claro, que parece difícil se tratar de uma moléstia de origem orgânica, apesar de não ter havido ainda uma prova terapêutica. Notamos mesmo uma certa harmonia nos sintomas, o que não acontece nos casos orgânicos, em que o delírio é completamente anarquizado.

Dr. Mário Yahn. — Sr. Presidente: Antes de tudo, devo agradecer a bondade e a gentileza dos colegas que tão pacientemente me ouviram e dos que comentaram o meu trabalho, o que muito me honrou. Tenho os drs. Pinto César e Paulo Lentino, na conta de dois grandes amigos e por isso foi, para mim, um motivo de grande satisfação, ouvir de sua parte algumas referências a respeito deste trabalho.

O dr. Edgard Pinto César tem os seus pontos de vista, que ele julga acertados. Todos sabemos que o dr. Pinto César faz parte de uma corrente psicológica e, assim, creio que, de fato, talvez lhe tenha causado espécie a falta de detalhes, de que o meu trabalho se ressentia, sobre a psicologia e a psicopatologia das psicoses. Mas, embora esses assuntos sempre me tivessem atraído bastante, não pude deixar de acompanhar neste terreno — estrutura das psicoses — os grandes nomes da psiquiatria clássica, aos quais me apeguei. Vejo, portanto, na divergência dos nossos pontos de

vista, apenas uma diferença de escola.

O caso referido pelo dr. Lentino não o citei, porque é um caso que já foi debatido na última reunião do nosso Centro de Estudos "Franco da Rocha", do Hospital de Juqueri, onde a sua apresentação despertou grande interesse, e portanto, já é conhecido da maioria dos presentes. É sempre mais um caso muito elucidativo e agradeço ao dr. Lentino a sua lembrança.

Dr. André Teixeira Lima. — O dr. Yahn, quando está entre colegas, costuma dizer que a sua palavra é a palavra do clínico, como quem diz do médico prático simplesmente, que vê diante de si, antes de tudo, o doente a curar. Realmente, é assim, mas a sua palavra é sempre alguma coisa mais, e isto ele não o diz, porque a sua grande modéstia não o permite. Ele não é apenas o médico prático, mas também aquele que conhece, e muito bem, as questões doutrinárias dentro da psiquiatria. Por isso mesmo, sendo eu um daqueles que têm a felicidade de conhecê-lo desde há muito tempo, foi que resolvi convidá-lo para vir aqui relatar o presente tema, que envolve questões de aspecto não só prático como teórico. Com a sua grande bondade e gentileza, o dr. Yahn me atendeu, e hoje nos fez uma exposição clara e precisa, demonstrando mais uma vez a sua esplendida cultura psiquiátrica.

Observação de um caso de "aliquorréia" — Drs. João Batista dos Reis, Dante George e Francisco G. Freitas Sobrinho — Os AA. observaram um caso de "aliquorréia" por ocasião de uma intervenção cirúrgica praticada em paciente portador de estreitamento uretral e infiltração urinária. Os fatores causais destes síndrome hipotensivos foram: 1.º) o terreno favorável, pois tratava-se de um neuro-lúctico; 2.º) punção lombar praticada por ocasião de raquianestesia; 3.º) trauma operatorio; 4.º) terapêutica dita desidratante por

meio de soluções hipertonicas administradas por via endovenosa. O quadro clinico da "aliquorréia" se assemelha ao da síndrome hipertensiva e por esse motivo os AA. julgam oportuno o maior cuidado no diagnóstico diferencial, pois a terapeutica de uma modalidade é oposta a da outra.

Comentários: — Dr. Osvaldo Lange. — Ouvi com muita atenção o trabalho relatado pelo dr. João Batista dos Reis e nada tenho a dizer no que respeita à observação em si, pois penso que a documentação apresentada é suficiente, apesar de não ter sido medida a pressão do liquor com um manômetro de pressão negativa. Realmente, a entrada de ar pela agulha, mostra claramente que o conteúdo craniano era menor que o continente e daí a hipotensão. A dúvida está apenas no nome do trabalho: "aliquorréia". Em que pese a opinião de Demme, este nome significa, textualmente, inexistência de liquor; no caso em questão havia, apenas, pequena pressão líquórica, ou seja, uma pressão negativa, pois a expressão exata neste caso, seria hipoli-

quorpoiese. Conversando a este respeito com Demme, em Hamburgo, tive ocasião de salientar a impropriedade da denominação.

Dr. José Palmério. — Eu tomo a liberdade de fazer uma ligeira digressão em torno do presente trabalho, mas como uma homenagem a uma observação tão bem feita e que por isso mesmo me parece merecedora de um nome mais acertado. Assim, penso que ficaria mais de acôrdo com a linguagem médica, que se desse a este sinal, o nome de "aliquorréia", por analogia aos nomes de azoospermia, anacloridria, etc.

Dr. João Batista dos Reis. — Quanto a questão da terminologia, realmente, reconhecemos que a denominação "aliquorréia" é um termo inadequando e apenas o conservamos por ser clássico; por outro lado, lembramos que este não é o único termo inadequando na medicina; assim "anemia", não é também uma palavra correta, porém o uso a consagrou. É claro que devemos contribuir para uma maior perfeição da terminologia médica e por isso agradecemos as sugestões apresentadas pelos colegas.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE MAIO

Presidente: Prof. Eurico da Silva Bastos

A via osteomiélica, seu emprego nas transfusões, nas instilações paraterais de fluidos e na prática da anestesia barbitúrica — Dr. Rui Ferreira Santos — O A. historia inicialmente o emprego da via osteomiélica com finalidade terapêutica, assunto que por prioridade parece caber a Josefson (1934). Fazendo a revisão sintética da literatura, referiu-se aos diversos trabalhos de ordem clinica ou experimental que foram feitos desde então, visando o tratamento de leucemias, agranulocitoses e anemias aplásticas, pelas injeções intra-ósseas de alcatrão e sais de ferro, ou pelas transfusões intramedulares de medula óssea. Considerou a seguir a curiosidade que

desde 1937, se fez sentir quanto ao destino dos depósitos medicamentosos intra-medulares resultantes de tais injeções: se era óbvia a sua passagem para a corrente circulatória venosa, veio constituir surpresa a verificação da grande rapidez desta difusão, fato sobejamente verificado e comprovado por diversos pesquisadores, em cobaias e coelhos, em cadáveres e no homem vivo. Neste sentido, apresentou o A. uma série de radiografias contrastadas, obtidas sobre o "plastron" esternal de adultos necropsiados e sobre os membros inferiores de cadáveres infantis. Mostrou assim as imagens das veias mamárias internas e poplitéias cheias de substância

de contraste introduzida na medula óssea esternal e tibial, segundos antes de serem batidas as respectivas chapas. Essa rápida e fácil difusão é que sugeriu a Henning (1940) e a Tocantins (1940) a utilização da medula óssea como via para a transfusão de sangue e para grandes infusões de fluidos isotônicos. A estes trabalhos fundamentais, se seguiram logo os de Tocantins e colaboradores (1940) e 1943), Stafford (1941), Macht ((1941), Drake e Gruber (1942), Papper e Rovenstine (1942), nos Estados Unidos; de Gomes, Colar e Calderin (1940), em Cuba; de Baravalle e Alvarez (1942), na Argentina, e de Carmo Russo (1942) em nosso país.

Passou o A. em seguida a descrever a técnica das punções ósseas (esternais, tibiais e femurais) e da utilização da via osteomiélica para diversos fins, tendo tido oportunidade de mostrar a agulha de Tocantins, que tem usado.

A comunicação daí por diante, constou da análise das séries de casos que constituem a experiência pessoal do A. neste assunto. Estas séries se distribuem:

1.º) 19 transfusões de sangue total citratado, fresco ou conservado; foram bem sucedidas, tendo sido feitas 16 pela via esternal e 3 pela tibial, com as velocidades médias de escoamentos de 4,8 cc. e 2,9 cc. por minuto respectivamente. Houve, além disso, 2 fracassos, um para cada osso.

2.º) 1 transfusão de plasma por punção da tibia.

3.º) 8 instilações de solução isotônica, uma vez na tibia e 7 no esterno, com a velocidade média de fluxo de 3,7 cc. por minuto.

4.º) 7 anestésias pelo tionembutal a 2,5%, que se acrescentam à tentativa inicial de Papper. Destas anestésias, 4 foram ótimas, 2 más e 1 sofrível, tendo todas sido realizadas por meio de injeções intra-esternais.

O A. comentou os resultados obtidos, que confirmam o valor já atribuído à via osteomiélica, como suplente eventual da venosa e tra-

zem possibilidades novas para o estudo das anestésias barbitúricas. Discutindo as indicações e contra-indicações, concorda o A. em que ela é substitutiva e de exceção, mas sempre útil, mormente em chocados, queimados e pacientes irrequietos ou a transportar, cujas veias, por tais motivos, sejam imprestáveis.

Comentários: — Dr. Valdeir Chagas de Oliveira. — A Casa está de parabens com o magnífico trabalho que acaba de ser apresentado pelo dr. Rui Ferreira Santos. O método e a clara explicação feita do método de uso da via osteomiélica na cirurgia, vieram prestar novos esclarecimentos e novas orientações a todos os cirurgiões, assim como também a sua divulgação servirá para que a sua aplicação seja mais intensa, principalmente numa época de guerra como a atual, pelas vantagens que este sistema apresenta. Além disso, o presente método abre caminho a vários assuntos de modo que todos os cirurgiões se devem habituar com este novo meio de introdução de medicamentos e de anestésias. Quero finalizar, com os meus sinceros parabens ao autor do trabalho e à Secção de Cirurgia.

Dr. David Rosemberg — Desejo saber se nos casos em que o A. usou a via osteomiélica havia ou não possibilidade do uso da via venosa para realizar as transfusões. Neste caso, é estranho a pequena quantidade de sangue injetada, visto que nos casos em que ela se faz necessário em cirurgia, quasi sempre o é em quantidades bem maiores.

Dr. Klaus Mirim Rudolph. — Pergunto se o material de medula a que o A. se referiu ter sido injetado por via osteomiélica, é uma citação da literatura ou o A. tem experiência a respeito. Neste caso, como foi obtido o extrato medular injetado e em que quantidade se fez a injeção?

Dr. Carlos Amadeo de Arruda Filho. — O dr. Rui Ferreira Santos disse que a agulha a ser introduzi-

da no osso, o era perpendicularmente. Entretanto eu tenho visto frequentemente esta punção ser feita por via lateral, obliquamente. Desejo saber se há vantagem ou não na punção lateral; uma das suas vantagens evidentes, seria o fato de estar neste caso afastado o perigo de ser ultrapassada a tábua óssea e portanto entrada da agulha no mediastino.

Dr. Ari do Carmo Russo. — Quando fazemos a punção esternal, sempre temos dado preferência à punção do corpo do esterno, e lateralmente, com bons resultados. Além disso, temos usado agulhas comuns de calibre 15 com mandril, com muito bons resultados. Temos um caso em que a punção foi feita em uma criança com apenas 15 dias de vida.

Dr. Mário Degni. — Sobre a questão do uso da borda do manúbrio esternal como via de introdução da agulha, tenho a impressão que esta via deve merecer as nossas preferências, pois é a via mais fácil. Felicito o A. pelo trabalho substancialmente apresentado e pela exposição clara, técnica e convincente.

Dr. Rui Faria. — Apreciei bastante o trabalho que acaba de ser apresentado. Foi lendo um trabalho de Arido Carmo Russo, que tive conhecimento do uso da borda lateral do esterno como ponte preferencial para a introdução da agulha; trata-se de uma via, para a qual temos dado as nossas preferências. Quanto à questão do escoamento, o trabalho de Tocantins mostrou a necessidade de uma certa pressão para evitar que o refluxo que sempre se observa, obstruía a agulha por coagulação. Quanto às velocidades empregadas por Tocantins e por Carmo Russo, são sempre velocidades bastante grandes. Verifiquei também que fazendo a transfusão por via esternal com aparelhos de transfusão de sangue o sintoma dór não aparece a-pesar-da intermitência do jacto sanguíneo, que seria uma das suas causas, conforme referiu o dr. Rui Ferreira

Santos. Antes de terminar quero ressaltar a importância do presente trabalho, principalmente na época de emergência atual.

Dr. Eurico da Silva Bastos. — Concorro com a opinião da Casa, de que a comunicação do dr. Rui foi de grande interesse, em virtude da maneira agradável e didática com que foi apresentada e também pelo rigor científico e documentação que a acompanharam. Desejo agora perguntar ao dr. Rui Ferreira Santos qual era a idade dos cadáveres, pois penso que em indivíduos jovens, a infusão é muito fácil de ser feita.

Uma outra observação se refere ao último quadro projetado, quando o A., procurando classificar as anestésias, as dividiu em anestésias boas, más e tardias. Em minha opinião, uma anestesia tardia é sempre uma anestesia má.

Dr. Rui Ferreira Santos. — Agradeço a extrema gentileza dos comentários que os colegas tiveram a bondade de fazer, enriquecendo e valorizando a minha comunicação.

Ao dr. David Rosemberg, quero informar que os volumes sanguíneos transfundidos não foram maiores por não termos podido dispor de mais sangue nos momentos devidos. Acresce que, na verdade, não houve desproporção entre a aparente complexidade do emprego da via osteomiélica e o pequeno volume injetado. Não foram pequenos os volumes muitos dos pacientes das nossas séries, repetem suas iniciais em dois dos nossos quadros, significando isto que cada um deles recebeu, pela mesma agulha cerca de 200 cc. de sangue e, a seguir, sôros isotônicos, nos volumes de até 3 litros.

O dr. Klaus Rudolf interpelou-me sobre a técnica de transfusão de medula óssea por via osteomiélica. Devo dizer-lhe que também não conheço pessoalmente o método. Citei-o como passo na evolução e no histórico dessa via. Esse dado é referido nos trabalhos de Morrison e Samwick e de Aires e Pedroso.

Os Drs. Arruda Botelho, Carmo Russo e Degni lembraram as vantagens da técnica da punção lateral do esterno sobre as da anterior. Se não a referi durante a comunicação foi por esquecimento: quanto às vantagens ou desvantagens de uma sobre a outra, prefiro não pronunciar julgamentos, pois nenhuma experiência tenho da via lateral. Acostumei-me com o uso da punção anterior, com que me vou dando bem e não experimentei a outra, que, acredito, porém, ser excelente.

O dr. Rui Faria notou grande diferença entre as velocidades de fluxo por mim referidas e as que encontrou em trabalhos americanos, achando inetas demais as transfusões e instilações comunicadas. Pelos trabalhos de Tocantins e de Baravalle, julgo não ser tão grande a disparidade. E ainda quando fôsse lento o escoamento, sua velocidade foi determinada menos por mim do que pela própria capacidade receptora da cavidade medular.

Concordo certamente com a crítica que o prof. Bastos dirigiu à classificação das anestésias segundo os resultados. É evidente que uma anestesia de longa indução e marcosse tardia é má.

Há um ponto mais a que não fiz menção e que pode constituir motivo de novas objeções: qual a influência das injeções intra-ósseas sobre o arranjo estrutural da medula e sobre a função hemopoiética? É questão ainda aberta aos investigadores. Quanto ao papel dos grandes volumes fluidos não fiz observação especial a este respeito. Quanto ao dos anestésicos, procurei interpretá-lo através de mielogramas e hemogramas. Os esfregos de medula óssea foram confiados ao dr. Michel Jamra que não os considerou bons para um pronunciamento. Os de sangue periférico, embora pouco numerosos, feitos com intervalos de 4 a 7 dias mostraram leucócitos com ligeiro desvio para a esquerda e aumento de eritrócitos, o que, na ausência de infecção, sugere te-

nham as injeções intra-ósseas, mesmo de anestésicos, um efeito estimulante as funções medulares.

Considerações sobre as pancreatites agudas — Prof. Eurico da Silva Bastos — O A. começa a sua exposição referindo que nas chamadas pancreatites agudas dominam os fenômenos de digestão e destruição da glândula pancreática sendo os processos flogísticos, quando presentes simples epifenômenos. Assim acrescenta, se compreende mal a designação de pancreatite aguda da que seria com mais propriedade substituída pela de necrose aguda do pâncreas:

Em seguida refere a grande gravidade das pancreatites agudas que constituem uma das doenças mais dramáticas que podem atingir o homem. Para explicar a gravidade da doença e a dificuldade do diagnóstico recorda as funções do pâncreas e sua correlação com as demais glândulas de secreção interna e ainda as ligações anatómicas que prendem esta glândula ao estômago e duodeno e as vias biliares. Cita também as relações de vizinhança com importantes vasos arteriais, venosos e linfáticos e a rica rede nervosa que envolve a glândula. A consideração de todos estes elementos permite compreender a gravidade da afecção pelos distúrbios de tantos elementos de importância para a economia e ao mesmo tempo a complexidade de sintomas o que torna o diagnóstico difícil.

Apresenta depois um quadro onde reúne os principais dados referentes a 15 casos de pancreatite aguda observados em S. Paulo por vários cirurgiões aos quais agradece a permissão para utilizar as observações. Baseado no exame dos casos reunidos estuda os principais sintomas da doença analisando principalmente os seguintes, que estavam presentes na maioria das observações examinadas. Dôr cujos caracteres de intensidade, localização e duração estuda pormenorizadamente; vômito, com as suas características principais; choque, procurando interpretá-lo; de-

fesa abdominal e outros sinais. Menciona igualmente os principais dados fornecidos pelo laboratório destacando as reações de dosagem dos fermentos.

Entrando depois em considerações acerca da etiopatogenia apresenta um quadro sinótico onde estão referidas as várias teorias tiopatogênicas das ancreatites agudas. Estuda a seguir as várias formas clínicas e termina apresentando o tratamento. Nesta parte faz um estudo crítico das várias operações propostas, concluindo que o tratamento deve ser o menos agressivo possível. Nestas condições as operações devem ser proteladas para um período de sedação dos fenômenos agudos e devem ser dirigidas para as vias biliares nos casos de haver lesões da vesícula biliar ou do cóledoco. Nos casos onde o diagnóstico não pode ser feito com precisão e uma laparotomia exploradora se impõe, esta deve interferir o menos possível com o pâncreas, limitando-se à simples drenagem da pequena cavidade dos epiploons ou operações de derivação das vias biliares.

Comentários. — Dr. Chagas Oliveira. — Sobre as provas funcionais do pâncreas, desejo fazer menção da prova da vitamina A, que é muito importante. Também o dr. Eurico Bastos não se referiu à prova da tripsina que é de igual importância. Quanto ao tratamento cirúrgico o prof. Bastos também não se referiu à pancreatoduodenectomia, sobre a qual desejava algumas informações, a respeito de sua experiência.

Dr. Rui Faria — Em colaboração à comunicação do dr. Bastos quero citar um caso bastante interessante que tive no Hospital Militar de São Paulo. Tratava-se de um soldado que entrou no Hospital queixando-se de dor de ouvidos, mas cujo exame otorrinolaringológico nada revelou. Depois de alguns dias apareceu uma orquite, que teve origem de uma parotidite epidêmica anterior. Alguns dias após o desaparecimento desta doença teve uma síndrome

de pancreatite aguda. Foi pedida a dosagem da amilase sanguínea a qual, feita pelo dr. Roberto Pasqualin revelou-se aumentada em unidades fermentativas. Esta prova de laboratório, é bastante demorada, levando pelo menos 12 horas para se obter o resultado, de modo que talvez ela seja de pouco interesse para os cirurgiões, que devem intervir precocemente.

O dr. Bastos esposou a opinião de que não se deve operar no período de grande choque. Mas eu pergunto se não se deveria intervir, pois que modernamente se conta com o recurso da plasmoterapia que é um grande elemento no tratamento do choque. A plasmoterapia neste caso, é feita continuamente na veia, gota a gota, sem interrupção, dia e noite. Nos casos citados pelo dr. Bastos, pude identificar um deles, no qual fui chamado a intervir, para fazer uma transfusão sanguínea, muito tempo depois da operação. Foi a primeira transfusão que se tentou neste caso, e devo dizer que não consegui realizá-la, em virtude de ter encontrado o doente em estado pré-agônico, tendo falecido meia hora depois.

Dr. David Rosenberg — Queria que o dr. Bastos me informasse se o seu abstercionismo quanto à intervenção nas pancreatites agudas veio depois dos 3 casos por ele operados, ou se ele tem algum caso anterior no qual não interveio.

Dr. Ari Siqueira. — Tendo sido citado um dos meus casos peço licença para prestar à Casa alguns esclarecimentos a respeito. Trata-se de um paciente de 42 anos de idade, que começou a sentir os seus primeiros incômodos, como dores vagas pelo abdômen numa tarde, depois do trabalho. Passou o resto da tarde e toda a noite em estado angustiosos tendo logo depois começado a vomitar profundamente, predominando este síndrome sobre o sintoma dor. No dia seguinte o seu estado se agravou bastante, entrando já o doente em estado de choque.

Na noite deste mesmo dia fui chamado para vê-lo. Fizemos imediatamente a medicação anti-choque, realizando algumas transfusões de sangue. Como o seu estado piorasse cada vez mais, realizamos uma conferência médica na qual os diagnósticos feitos foram os mais discordantes, pensando-se em um empiema roto, colecistite aguda e apendicite aguda entre os mais prováveis entre outros.. Ninguém pensou sequer em uma pancreatite. Resolvida uma intervenção de urgência, nesta foram, desde logo, notados os sinais de uma pancreatite hemorrágica aguda. Havia no pâncreas uma tumoração grande que se apresentava degenerada, com focos hemorrágicos e de esteatose. A vasicula biliar estava também cheia de cálculos. Foi colocado um dreno na retrocavidade dos epilons e me propus a fazer uma colecistectomia, mas o paciente entrou em colapso o que nos obrigou a desistir deste intento, realizando então o fechamento da cavidade, mantendo o dreno. Depois de uma semana o doente eliminou massas de tecido pancreático pelo dreno. Passado um mês o paciente apresentava já grandes melhoras. Foi instituído durante este tempo o tratamento pelo ácido clorídrico e peptona para fechamento da fistula pancreática. Passado este mês, o paciente começou a piorar novamente, aparecendo então uma anemia rebelde e novamente os vômitos. Levado ao exame radiológico, foi verificada uma deformação do duodeno que estava quase que infranqueável. Em virtude do tumor já verificado na mesa cirúrgica da primeira intervenção, fizemos o diagnóstico de cancer da cabeça do pâncreas, que causou a pancreatite hemorrágica aguda. Isto entretanto não teve confirmação anatomopatológica por não ter sido autopsiado. Dai por diante o caso evoluiu mal. Estávamos dispostos a fazer uma gastro-enterotomia, mas antes que isso fosse realizado, numa noite, o doente teve uma hemorragia muito inten-

sa através do dreno, e sucumbiu cerca de uma ou duas horas depois.

Como se pode ver, trata-se de um caso tão instrutivo quanto difícil. Dada a dificuldade de diagnóstico e, em virtude de se tratar de um caso de abdômen agudo, quando não se sabe qual a entidade nosológica que se vai encontrar, sou de opinião que se deve sempre intervir, pois o diagnóstico é difícil e as provas de laboratório são demoradas e nem sempre são fáceis obter. Uma conduta conservadora diante de um caso de abdômen agudo, encerra grande responsabilidade, pois que nunca se pode ter certeza de se tratar de uma pancreatite. Quando o laboratório nos dá esta certeza, então a intervenção poderá já ser tardia.

No caso que acabo de citar, não foram feitas suas provas da lipase e da anilase. Fizemos a dosagem da glicemia, que se revelou bastante elevada, necessitando o doente de tomar insulina.

Prof. Eurico da Silva Bastos. — A minha intenção, hoje, era apenas apresentar a minha contribuição em torno de vários casos que tive ocasião de observar e alguns outros cedidos por colegas, numa tentativa de levantar uma pequena casuística das pancreatites agudas.

O número de casos é entretanto pequeno, para se chegar a qualquer conclusão e por isso em minhas considerações me limitei aos elementos que pude recolher destas observações. Portanto não pretendi tratar do assunto em toda a sua extensão mas apenas de alguns aspectos das necroses agudas do pâncreas. Os vários AA. citam as provas demoradas e diante de um quadro agudo não podemos esperar por elas. Não conheço também o "modus faciendi" destas reações de modo que não sei se é possível executá-las mais rapidamente. Conheço entretanto a citação de casos em que a dosagem química da lipase no san-

gue, foi feita em meia hora, o que já significa um dado interessante e perfeitamente utilizável na prática.

Quanto à minha conduta em face destes casos, conforme a pergunta do dr. David Rosemberg, a minha conclusão é a seguinte: fre-

quentemente o cirurgião é obrigado a intervir, justamente pela deficiência do diagnóstico, pois nunca se tem certeza se se trata ou não de uma pancreatite aguda. Entretanto, quando se tem a certeza disso, a conduta abstencionista deve prevalecer.

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, EM 11 DE MAIO

Moléstia de Neumann (Pênfigo Vegetante) — Dr. João Paulo Vieira. — O pênfigo vegetante, também denominado Moléstia de Neumann (1876) por ter sido identificada por este autor, é tido como moléstia relativamente frequente na Alemanha e na Austria (Hudele "Pratique Dermatologique" pg. 434), mas rara na Inglaterra, Itália e Estados Unidos. Entre nós a moléstia é raríssima e se apresenta com todo o quadro de gravidade da moléstia, conforme tem sido estudado nos países europeus. Ela também é excepcional na França de que Chatelier não pôde estudar senão 5 casos de 1902 a 1927. Frunhald, em uma monografia sobre a moléstia de Neumann, pôde-se referir a 200 casos na literatura mundial em 38 anos.

Para nós, país em que incide gravemente o pênfigo foliáceo, em grande extensão do nosso território, principalmente no Estado de São Paulo, de que o Serviço de Pênfigo, Foliáceo, por nós dirigido já pôde verificar mais de 600 casos de pênfigo, é de interesse e de alta valia a nossa observação neste concernente, pois muitas dúvidas têm sobre a individualização e autonomia da moléstia de Neumann. Assim é que certos autores acreditam que o pênfigo vegetante se origina do pênfigo verdadeiro, isto é, do pênfigo vulgar. Outros acreditam na individualização da moléstia de Neumann, opinião que nos parece mais razoável, de acordo com os dados que procuramos apresentar e que reputamos de grande valia, pois na própria estatística dos numerosos

Presidente: Dr. João Paulo Vieira

casos de pênfigo, no Estado de São Paulo, já pudemos individualizar que a variedade que incide entre nós, nunca se origina de uma dermatite de Dühring, estando nós, neste particular em desacordo com a opinião de certos tratadistas europeus. Para nós o pênfigo foliáceo é moléstia autônoma como o é o pênfigo vegetante. E quanto as demais variedades de pênfigo o sub-agudo de bolhas extensivas de Brocq, o pênfigo agudo infeccioso, o pênfigo crônico verdadeiro, todas estas variedades, bem como a moléstia de Neumann, são moléstias raríssimas em nosso país, exceto o pênfigo foliáceo, o "fogo selvagem" com suas características e suas formas raras, não conhecidas no estrangeiro. O síndrome de Senear-UScher, frequente em certas regiões dos Estados Unidos assemelha-se às formas frustadas do pênfigo por nós estudadas (Artom, Vieira e Rabelo Júnior).

Assim, na nossa estatística de 600 casos de pênfigo foliáceo, caracterizamos apenas dois doentes de pênfigo vegetante, com todos os caracteres da moléstia de Neumann, estudada pelos autores estrangeiros. Isto já constitui um dado importante que vem reforçar a individualização da moléstia de Neumann, como uma das variedades autônomas do pênfigo. patológicos de mais de 100 biopatológicos de mais de 100 hiopias de pele de portadores de pênfigo foliáceo, nunca fomos encontrar uma absoluta semelhança com os achados histopatológicos de dois casos de moléstia de Neumann por nós estudados. Em um dos

casos, e é o que se refere a esta observação, fomos encontrar um sinal que reputamos de grande interesse, também citado pelos autores estrangeiros, e que diz respeito à clivagem do corpo mucoso de Malpighi. Ainda na necropsia fomos encontrar lesões da laringe, da faringe e da mucosa da boca, lesões estas que nunca encontramos nos achados de necropsia de portadores de pênfigo foliáceo. Outro particular muito interessante, é que, havendo tendência no pênfigo foliáceo, nas formas crônicas de evoluir as lesões para papilomatose intensa, nunca encontramos nas regiões axilares, inguinais e perianais as lesões semelhantes às da moléstia de Neuman. Parece que a individualização da moléstia de Neumann, deve ser mantida apesar da opinião em contrário de certos tratadistas estrangeiros. Além dos dois doentes que observamos no Serviço, tivemos oportunidade de observar outro caso, que foi bem estudado histopatologicamente com Abílio Martins de Castro, e que foi publicado no nosso primeiro trabalho: "Contribuição ao estudo do pênfigo no Estado de São Paulo".

Quanto ao quadro histo-patológico, devemos salientar conforme destaca Civatte, a papilomatose gigante, os microabcessos, a camada córnea friável e muito espessa que chega a afundar nas colunas interpapilares prolongamentos que nos cortes obliquamente cortados nos dão impressão de globos córneos e ainda devemos destacar os inúmeros microabcessos cheios de polinucleares eosinófilos. Devemos notar ainda a infiltração considerável no córion papilar em que dominam as células eosinófilas.

Achamos de interesse neste caso, a não localização das lesões nas regiões anterior e posterior do tórax, tão frequentes em doentes de pênfigo foliáceo, e o início da moléstia por lesões na mucosa da boca. Uma vez examinada, clinicamente foi diagnosticado pênfigo vegetante da moléstia de Neu-

mann. As lesões, da mucosa da boca impediam a enferma de alimentar-se, o que facilitou a queda rápida de todas as resistências do organismo. Sensação de calor, ardor, febre diária de acôrdo com o quadro térmico. As lesões das axilas eram como as da região anal e inguinal, francamente vegetantes. Quasi toda a região de ambas as pernas apresentava lesões ligeiramente vegetantes, bem como no vntre.

No quadro da autópsia, lesões acentuadas das mucosas, que não são encontradas nos doentes de pênfigo foliáceo.

Dermatoses mais frequentes em Minas principalmente em Belo Horizonte. — Prof. Olinto Orsini. — Na comunicação enviada ao presidente da mesa e que foi lida pelo 1.º secretário, o autor faz referência às dermatoses mais frequentes em Minas, destacando-se dentre as mesmas, a boubá, que se torna um verdadeiro flagelo na zona nordeste daquele Estado da Federação, bem como a leishmaniose que incide mais no norte, leste e nordeste. O pênfigo foliáceo mais nas zonas do centro e do triângulo. Consegui ainda o autor no capítulo da sarna descrever três casos de sarna crostosa ou norueguesa. Destaca ainda nas dematoses parasitárias a que é determinada pela "Dermatobia cyaniventris e Lucilias". Destaca ainda o prurido que é muito frequente, determinado pelo "Schistosomum Mansoni" que é frequente em determinadas lagoas. As microsporias e tricoficias são bastante frequentes, bem como as úlceras tropicais. O granuloma venéreo foi também estudado e descrito em Minas pelo autor. Frequente também é a moléstia de Nicolas-Favre. Na sua comunicação o autor ressalta a gravidade da sífilis, em Minas, chegando mesmo a dizer que a sífilis congênita é muito frequente, havendo em determinadas zonas 50% da população atingida dessa forma de lues. O Governo Federal que fazia a profilaxia no Estado,

por um serviço organizado, cessou de o fazer em 1931, com graves danos para a saúde da população. Cita o autor outras dermatoses, quer de origem tóxica, medicamentosas, bem como outras dermatoses mais frequentes no tocante à dermatologia geral. O capítulo da lepra é por demais conhecido: está disseminada por todo o Estado, sendo menos frequente no Norte do Estado, onde o clima é mais quente e mais seco.

Toxidermia por veramon. Disposição zoniforme. — Dr. Arge-miro Rodrigues de Sousa. — O A. apresenta à Secção um caso de toxidermia por veramon, que assumia uma disposição zoniforme. Trata-se de um doente do sexo masculino, branco, de 24 anos de idade, que já havia sofrido dois surtos semelhantes, sempre devidos à ingestão de comprimidos de veramon. A localização das lesões era sempre a mesma com acréscimo de mais algumas nos surtos subsequentes.

Chamou particularmente a atenção para a disposição zoniforme intercostal: placas punctiformes, pruriginosas, situadas umas após as outras em duas linhas paralelas

que se terminavam na linha mediana, seguindo o trajeto dos 6.º e 7.º nervos intercostais direitos. Além destas, outras "veramónides", lhe apareceram, porém bolhosas sobre base violácea nos punhos, mãos, dedos, tornozelos e pés, assim como do lábio inferior e glândula (eritematosas). Todas estas "veramónides", foram precedidas de intenso prurido que se instalou 1/2 hora após a ingestão de um comprimido de xeramon para combater uma nevralgia dentária.

Fez ressaltar a importância do sistema nervoso na reprodução do quadro zosteriforme, por uma nevríte periférica tóxica.

Recordou os trabalhos de Domingos Oliveira Ribeiro e de Naleo Guilherme Cristiano, traduzidos em primeira mão a uma das sessões desta Casa, nos quais foram observadas também algumas lesões bolhosas.

Finalmente aludiu ao fator tóxico que julga ser a dimetilamino-antipirina, que encerra o Veramon, pois que aquela substância já foi entrevista por Brocq como capaz de provocar o assim chamado "eritema pigmentado fixo".

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, EM 6 DE MAIO

Presidente: Dr. João Paulo Vieira

Alguns aspectos da Associação da Sífilis e da Poroadenolinfite. Apreciação das idéias do Prof. May, de Montevideo. — Prof. Florencio Prats (do Chile). — O A. fez uma resenha dos interessantes estudos do prof. May, de Montevideo, sobre a associação da sífilis e moléstias de Nicolas Favre, ressaltando as formas frustas e inaparentes da poroadenolinfite, que muitas vezes se traduz por edemas e linfangites do prepúcio, edema do pubis, cancro fagedênicos, que apresentam sempre uma

reação de Frei positiva, pois esta é frequente, denotando sempre uma associação da 4.ª moléstia venérea e da lues. Apresenta e comprova com numerosos dados, estatísticas e cortes histológicos o seu modo de pensar de acordo com a opinião do prof. May e que teve ocasião de verificar na clínica que dirige no Hospital São Luiz, de Santiago, no Chile. Acredita mesmo que a moléstia de Nicolas Favre pode modificar a evolução da sífilis adquirida retardando os sintomas secundários.

HEXAMYNO — iodo em gotas

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, EM 6 DE MAIO

Presidente: Dr. Roberto Oliva

Aspectos internísticos da dermatologia. — Prof. F. E. Rabelo — Na explanação do assunto, segue o A. a seguinte ordem: noção de moléstia cutânea; alguns grandes síndromos clínicos suscetíveis de constituir o fundo do quadro em certas dermatoses; finalmente, diferentes afecções cutâneas são focalizadas, exclusivamente do ponto de vista da medicina interna. Esta última parte constitui, assim, uma ampla demonstração dos princípios gerais de patologia, expostos na primeira parte.

A encefalite por arsenoterapia. Ensaio clínico e experimental. —

Prof. Florêncio Prats (Chile) — O A. inicia a sua conferência defendendo a tese de que o tratamento antissifilítico do modo como é feito hoje em dia, é um tratamento fracassado, em virtude do longo tempo que leva. Isto vem justificar o interesse pelos estudos da arsenoterapia intensiva que tem por fim, abreviar a cura da sífilis, reduzindo-a a um tempo mínimo de 5 dias, como atualmente se pretende. No Chile, em 2.500 casos tratados por este método houve 2,79% (isto é menos de 1% de casos fatais, e destes, 0,5% foram devidos a um quadro muito semelhante ao da encefalite, que se instalava nos pacientes que se submetiam àquele tratamento. Esta encefalite, foi atribuída às doses maciças de arsênico, tendo sido denominada de encefalite arsenical. Deste modo fica justificado o interesse dos autores chilenos e dos outros centros pelo estudo atual desta encefalite.

O quadro encefalítico, aparece dentro de 3 a 3 1/2 dias depois de iniciado o tratamento com doses maciças de arsênico, o que aliás se observa também experimentalmente em animais. Deste modo já se pode tirar uma primeira conclusão prática destes estudos, chamando a atenção para o fato de

que, se no tratamento pela arsenoterapia intensiva sobrevier cefaléia intensa ou outros sintomas pré-munitórios, no fim do 2.º dia ou no começo do 3.º dia, torna-se aconselhável a supressão do tratamento, pois uma encefalite poderá sobrevir. Entretanto a cefaléia que aparece no 1.º e 2.º dias, maciças de arsênico, tendo sido não indica nenhuma gravidade, mas apenas uma falta de adaptação do organismo, às doses maciças de arsênico.

O A. tentando tratar estas encefalites arsenicais pelo método clássico (adrenalina, paraldeído, punção lombar, etc.) e não obtendo resultados satisfatórios, resolveu usar um método próprio, que tem como base o ponto de vista anti-tóxico (sangria, drásticos enérgicos, líquidos em flebotomias, balneoterapia quente) e do ponto de vista funcional (Oxigênio e seus catalizadores: enxofre, fósforo, vitamina B1, ácido nicotínico).

Com o fim de estudar este quadro tóxico, o A. realizou experiências em coelhos, nos quais obteve quadros exatamente semelhantes aos quadros humanos, tendo ficado então evidenciado, que as diferenças de doses, por pequenas que sejam, têm grande importância no aparecimento do quadro encefalítico. Como preventivos deste quadro, foram tentados, experimentalmente, grande série de substâncias e entre elas o fator anti-tóxico do fígado de Forbes que entretanto, não se pode absolutamente prevenir o quadro de encefalite por este fator. O cálcio, experimentalmente, revelou-se ser um bom fator preventivo da encefalite arsenical assim como também fator curativo. Ele não consegue, entretanto, realizar completamente a cura, agindo mais como um anti-convulsionante. Foi experimentada então a junção de cálcio à fração

anti-tóxica do fígado de Forbes, que deu resultados interessantes, se bem que ainda não absolutos, havendo entretanto um grande nú-

mero de animais protegidos e um menor número de mortes quando se usa esta associação como agente preventivo.

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, EM 7 DE MAIO

Presidente: Dr. Nestor Solano Pereira

A lepra incaracterística na experiência do Sanatório Padre Bento. — Prof. F. E. Rabelo — Na primeira parte da sua conferência o professor Rabelo historia a forma incaracterística de lepra, lembrando que foi, em 1938, que a convite de Sousa Lima examinou conjuntamente com Fernandes no Sanatório Pe. Bento "os casos determinados incaracterísticos". Saliencia que nessa época e da troca de vistas de observadores de meios diferentes — Sousa Lima, Sousa Campos, Rabelo, Rodrigues, Lippelt e outros nasceu o conceito da lepra incaracterística. Rememora ainda os fatos que o levaram a admitir a existência de mais essa forma da moléstia e qual foi a evolução do conceito que hoje atribue à mesma. Declara que tinha necessidade de explicar as origens da lepra incaracterística "para que estivessem todos em condições de compreender os ensinamentos que a grande experiência do Sanatório Pe. Bento foi a pouco e pouco impondo a todos aqueles que lá trabalharam em condições aliás invejáveis para a pesquisa".

Na 2.^a parte, o professor Rabelo comenta o assunto, tendo por base o material observado naquela instituição do Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo.

Frisa, em primeiro lugar, que nesta forma da moléstia os mesmos princípios fundamentais adotados na definição das forma polares — lepromatosa e tuberculóide — devem ser considerados: síndrome clínica (tipo eruptivo, localização das eflorescências); histologia patológica, seriada nos cortes e no tempo; reação de Mitsuda, nas várias modalidades e seriada no tempo; evolução.

Cita a êsse propósito os trabalhos de Rodrigues e Lippelt, referentes à verificação de que o quadro incaracterístico prefere os organismos jovens; os de Cochrane, Wade e Rodrigues no que dizem respeito à estabilização ou involução do processo. Quanto à localização preferencial lembra suas próprias observações e o significado prognóstico que a localização pode assumir, bem como os tipos de evolução favorável ou desfavorável e de transformação consoante as verificações de Sousa Lima.

Tece, a seguir, comentários sobre os aspectos de "dissociação" entre a clínica e histologia, passando ao estudo do aspecto histológico. Neste particular observa que, destacando do material reunido por Sousa Lima 119 casos dos diversos tipos de léprides, nos quais foi possível o estudo em cortes seriados e levando em conta o tempo (Biopias seriadas) pode-se dividir os casos em 2 grupos, um estável e outro lábil, chegando à conclusão que a porcentagem de estruturas inflamatórias simples estáveis, isto é, que não se transformaram é maior do que o de estruturas inflamatórias simples não estabilizadas. Essa observação feita por Sousa Lima e Alayon em cortes seriados e em pacientes observados, durante 3 e 4 anos, "constitue, segundo o professor Rabelo, a afirmação agora também histológica da legitimidade da forma incaracterística".

Depois de várias considerações sobre a histologia e a evolução, o professor Rabelo acha que os casos que se apresentam clinicamente incaracterísticos podem ser divididos em 2 grupos: a) — casos indiferenciados, que estão estabilizados anos a fio ou que fazem

oscilações dentro do quadro característico padrão; b) — casos diferenciados, casos em que a histologia se adiantou ao quadro clínico característico.

Por êsse motivo é de opinião que diante da complexidade dos fatos “o nosso sistema atual de classificação não pode em absoluto repousar unicamente na estrutura histológica”. Ao discutir a reação de Mitsuda na L. I. faz sentir que também aqui os resultados são muito variáveis e é mister que sejam considerados no tempo e no seu significado funcional que vem a ser precisamente a reação de Mitsuda”.

Depois de debater amplamente e com grande conhecimento de causa a questão da L. I. o professor Rabelo declara que “ainda é muito cedo para saber o rumo

definitivo das nossas opiniões a respeito. Seria grave injustiça deixar de reconhecer os resultados já adquiridos no terreno com certeza difícil e árduo de pesquisa nos casos I”.

Insiste, finalmente, em que a forma incaracterística deva ser ser como as outras investigada em função da triade — aspecto clínico, histologia patológica e reação de Mitsuda, levando-se em conta o fator tempo ou seja a evolução. — Ao terminar a sua conferência, desejando render homenagem aos trabalhos realizados sobre o assunto em S. Paulo disse “que a formidável e admirável experiência do S. P. B.” — consubstanciada na memorável monografia de Sousa Lima e Alayon, ficará como um clássico marco na história de nossas contribuições à leprologia.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE MAIO

Presidente: Vicente Lara

Síndrome de Guillain-Barré na escolar. — Dr. Carlos Prado. — A primeira vista, parecerá descabido o tema do meu presente trabalho: “Síndrome de Guillain-Barré na Infância”, sob a razoável alegação de que é muito rara tal enfermidade, e, mais rara, ainda, entre crianças e adolescentes.

Em tese concordo, plenamente, com semelhante observação. Em épocas normais, com efeito, a “poliradiculonevrite” guarda três características personalíssimas: a preferência pelos climas frios, a sua aversão pelas poussées epidêmicas, e, finalmente, a sua verdadeira idolatria pela idade madura.

De 3 anos para cá, em muitos países do velho continente, dilacerados e esgotados pelo cataclismo da guerra, e nos Estados Unidos, o vírus neurotrópico desta afecção fez a sua reprise (o seu debut teve lugar em 1916), abatendo soldados e civis e acometendo, também, os pobres adolescentes. Na Argentina, a sua presença já foi constatada, de uma maneira

exuberante, e, aqui, em São Paulo, de 4 meses para cá, os clínicos e neurologistas já testemunharam a sua insólita presença através de algumas dezenas de casos.

Premido e bloqueado, deste modo, entre 3 focos — Europa, América do Norte e a República Portuguesa, e exposto ao estreito contacto cotidiano, dos forasteiros que a navegação aérea despeja em nossas cidades, sem o conveniente, sem o indispensável exame de saúde, é natural que o vírus pleitéie direitos de cidadania, dentro de nossas fronteiras, onde a guerra — sua eterna namorada — já vai desenhando o seu trágico perfil.

Em outubro de 1941, Garciso, Segreras e Mosquera constataram Guillain-Barré na criança e adolescente.

Em abril de 1940, Pelufo, Obarrio, Fracassi, Aluralde assistem a eclosão da poliradiculonevrite clássica num escolar de 12 anos.

Em agosto de 1942, Causabón e Puglisi comunicam um caso igual numa menina de 8 anos.

No Uruguai, Postilo e Malossetti acabam de identificar a "neuro-nite infecciosa" num garoto de 11 anos. Pelo inquérito que procedi junto dos pediatras paulistanos verifíco, com alegria e desafogo, que o virus neurotrófico tem, até este momento, poupado o nosso mundo infantil. Poupa-lo-á, por muito tempo? Queira Deus que assim o seja; mais, se, por fatalidade, ele desferir, amanhã, o seu bóte contra as nossas crianças, estejamos alertas, mobilizados, a-fim-de identificá-lo em tempo e combatê-lo com melhor segurança. Acabaram-se, ademais, as férias, começando, portanto, o período de maior risco de contaminação dos escolares, nas aulas, nos parques e recreios.

Feita, assim, esta exposição preliminar, mas necessária, não farão os colegas, certamente, a injustiça de impugnar o meu trabalho como esdrúxulo e importuno. Ele apresenta, ao contrário, toda frescura da oportunidade diante da tremenda ofensiva dos virus neurotróficos da mais variada natureza.

Efetivamente, no ano passado, por esta mesma época, S. Paulo foi visitado, de surpresa, por uma doença que, anteriormente, nunca havia transposto os muros da cidade, em carater epidêmico: a "Mononucleose", febre ganglionar de Pfeifer ou simplesmente, segundo a expressão pitoresca do povo, "gripe japonesa".

Como enfermidade típica do verão, durou enquanto durou o verão, perdendo, assim, em maio ou junho, a sua característica epidemiológica.

Agora, 365 dias depois, volta Piratininga a ser invadida por um outro virus desconhecido, que, em vez do apetite linfotrópico da Mononucleose possui, ao contrário, no mais alto grau, uma estranha predileção pelo sistema nervoso. Felizmente — agrada em confessá-lo, — é uma afecção muito rara, que só, de longe em longe, aparece, aqui ou acolá, esporadicamente, durante os meses de outono e de inverno. Admitir-se-á, entretanto, logicamente, que o nos-

so março estival esteja acoessando o ilustre e indesejável visitante. Nada disso. Só, pela folhinha, é que temos noticias do verão, pois, desde novembro de 1942, que no planalto, nós batemos o queixo, de frio. O virus neurotrópico é, pois, uma "persona grata", tendo encontrado, na cidade, o clima ideal para execução do seu programa morbigenico. A moléstia é rara acentuei, tão rara, mesmo, que, na literatura médica consultada antes da atual conflagração, só encontrei referência de uma "centena e meia de casos".

Tão rara, ainda, que no Brasil, até esta data, dela se ocuparam 4 médicos apenas: Austregésilo, Antônio Melo (no Rio), e Henrique San Martin (em S. Paulo) e por Pacheco e Silva em colaboração com Wen Magalhães e Toledo Ferraz. Mas, agora, a situação é muito diferente. Com efeito, durante as guerras, os virus neurotróficos, contagiados, quem sabe, pelo espirito de Marte, desfecham, sempre, uma tremenda ofensiva no "front" ou na retaguarda das operações assolando depois, as nações mais estranhas ao conflito. Foi, assim, também em 1918. Um ano antes do desfecho do dantesco pandemônio, a Encefalite, então pouco conhecida e falada, devastou, furiosamente, a Áustria, os Balkans, a Itália, a Alemanha, França e Portugal; e veio daí para a América do Sul e para o Brasil, onde, até hoje, permanece, impertinente e ameaçadora. A influenza, provocada igualmente por um virus neurotrópico depois de pôr uma nota de pânico e desdita na última cena do conflito, invadiu e flagelou outras regiões e outros continentes, chegando até dentro das nossas fronteiras, para fazer milhares e milhares de vítimas.

Há — esta é a grande verdade — uma mobilização geral de todos os virus, mas, particularmente, daqueles neurotróficos que, ora se assestam na bairrada de um nervo ou nas profundezas do encéfalo. E' esse, por consequência, o melancólico painel que diante dos

nossos olhos, se desdobra, em 1943. Há, na terra manchada de pólvora e de sangue, nevrites, polinevrites, mielites, radiculo-nevrites, poliomiélites, meningites, linfocitárias e encefalites de todos os graus e de todos os aspectos clínicos!

A Paralisia Infantil, em nosso continente, estende os braços tentaculares e aleija e mata as crianças, cada vez mais, sob o ambiente propício. Na Argentina, sobretudo, nestes últimos dez meses, ela apresenta extrema ferocidade, grassando em feição francamente epidêmica. O quadrante sul corre pedigo. Em São Paulo (capital e interior), segundo me declarou, officiosamente, o prof. Rubião Meira, neste últimos 3 anos, já se registaram 500 óbitos, em consequência da terrível afecção! Sob todos os aspectos, a oportunidade tão ardentemente desejada pelos virus neurotrópicos, está aí, clara, sedutora, irresistível, nos trágicos despojos a atual conflagração.

Governantes sem cabeça e governados com a cabeça abalada pelos horrores e martírios da guerra acenderam o apetite bizarro do vius pelo pobre neurônio exaurido e detraqué. Porque, na realidade, não há agente morbigênico mais oportunista do que o virus desta afecção. "En la mayoría de los casos, comitante que favoreció la aparición de la enfermedad, y parece que el virus neurotrófico específico, talvez filtravel, necessita de la ayuda de um agente tóxico o infeccioso que le abra e franqueie el camino para hacerce patogénico ostensible. Así se há visto acompañándose esta enfermedad de paludismo, tuberculosis, tifóidea, difteria, abscessos, osteomielites, sarampón, diabetes, intoxicación alimenticia".

"A etiologia infecciosa das poliradiculo-nevrites generalizadas, se bem que verosímil, não é entretanto, indiscutível. Uma causa tóxica pode muito bem ser suspeitada, sobretudo si se compara com a polinevrites diftericas, onde o acidente nervoso é considerado

como manifestação toxínica. De mais a mais, sabe-se da possibilidade de aparecerem polinevrites no curso de intoxicações endógenas ou exógenas, como as polinevrites devidas a certas toxi-infecciones alimentares, as polinevrites do botulismo, gravidicas e, até mesmo, as anafiláticas". Vê-se, por aí, que a causa tóxica das poliradiculo-nevrites generalizadas não pode ser tão facilmente eliminada, mostrando, assim, a complexidade do problema etiológico em relação a todas as polinevrites e, com muito mais razão, das poliradiculo-nevrites generalizadas, de aparência primitiva".

A poliradiculo-nevrite, doença quasi desconhecida nos tempos de paz, acha-se, agora, em nítida evidência entre nós. Como outras moléstias afins, foi, por ocasião do morticínio de 1914, que ela criou personalidade e — o que é peor — criou virulência, assaltando, de repente, militares e civis. Em 1916, Guillaín, Barré e Strole tiveram ocasião de examinar dois soldados que apresentavam uma síndrome caracterizada "par des troubles moteurs, l'abolition des reflexes tendineux, avec conservation des reflexes cutanés, des paresthesies avec troubles légers de la sensibilité objective, de douleur à la pression des masses musculaires, de l'hyper-albuminose très notable de liquide cephalorachidien, avec absence de reaction cytologique (dissociation algumine?cystologique)". E, esclarecendo, depois, a etiopatogenia, assim prosseguem os referidos autores: "Ce syndrome nous a paru dependre d'une atteinte concomitante des racines rachidiennes des nerfs et des muscles de nature infectieuse".

Em novembro do mesmo ano, Pierre Marie e Chatelin assinalaram mais três casos de paralisia flácida, com abolição dos reflexos tendinosos e "hiper albuminorquia". Realmente, o liquor, no síndrome de Guillaín e Barré, apresenta uma nota muito característica, que é a "dissociação albuminocitológica", com uma taxa de albu-

mina que pode ultrapassar 6 grs. por litro! Em 1917, Gordon Holmes observou, nas tropas inglesas, uma epidemia de poliradiculonevrites agudas febris, com "hiperalbuminose" raquidiana, sem "hiperleucocitose".

Desde então, apadrinhados pela "entourage" propicia, os casos se multiplicaram, surgindo as observações de Bradford, Boshord, Wilson, Kennedy, Alajonanine, Chavany, Barker, Hetch, Ford, Batten, Carrié, Bezançon Boudin, Goglia, Domenico e Kernoban.

"O conjunto destes casos, e mais ainda outros registados na literatura, foi que serviu de base para a individualização da entidade de autono-clínica das poliradiculonevrites generalizadas, com dissociação albumino-citológica".

A "sinonímia", também, ampliou-se quasi na mesma proporção, guardando-se, embora na essência, o mesmo traço patogénico da doença: poliradiculonevrite, neurite infecciosa, polineurite aguda febril e, finalmente, síndrome de Guillain e Barré.

E' interessante registar que Guillain, em 1926, confirmando, ponto por ponto, a sua comunicação de 1916, protesta, solenemente, contra a elasticidade do cindromo identificado por ele, e que não comporta os casos mortais, nem a diplegia facial, nem a forma pseudo-miopática.

Efetivamente, a "forma elástica" descrita por Guillain e Barré é grandemente benigna, com mortalidade que não vai além de 12 a 15%. E outro aspecto peculiar e interessante: a "fase podrômica" é quasi imperceptível, de sorte que a enfermidade surpreende a pessoa em plena saúde, de uma maneira rápida, sem ser brutal, com escasos estigmas gerais e abundantes sinais neurológicos, "motores ou sensitivos", estes mais "precoces" do que aqueles. Habitualmente, nas extremidades dos membros inferiores, o doente acusa parestesia e sente agulhadas e formigamentos. Depois, lenta e progressivamente, exteriorizam-se os fenôme-

nos motores, e há uma sensação de fraqueza e de peso sobre as pernas, que se vai acentuando ao ponto de impedir a marcha. Os membros superiores são, daí, atingidos, e, com êles, regra geral: dois nervos cranianos: o facial e o trigêmeo.

Mas, neste síndrome, a "marca" das paralisias difere muito daquela observada na forma poliomiélica de Landry, porque tem uma sensação progressiva e disciplinada. Ora, começa pelo braço, ora, alcança o facial, ora, pega as pernas e aquele nervo craniano agindo, sempre, aos saltos. As paralisias podem ser bilaterais ou simétricas, difusas quando alcançam os membros inferiores, o tronco, os membros superior e os nervos cranianos. A marcha é, habitualmente, impossível e quando o enfermo, em casos bem raros, a tenta, fa-la trôpego, em atitude pseudo-tabética.

De uma maneira geral, as poliradiculonevrites podem-se apresentar sob as forma seguintes: — "poliradiculonevrites sem diplegia fácil" (síndrome de Guillain e Barré); "poliradiculonevrites mortais de Dechaume, poliradiculonevrites pseudo-miopáticas de Alajonanine".

A doença "dura", em média, 3 meses, com tendência espontânea para a cura, sem deixar sequelas, portanto. Em 90% dos casos, acomete as pessoas de 25 a 50 anos, preferindo — pobres dos homens! — o sexo masculino em 70% dos casos! Segundo recentíssimos trabalhos de Hecht e Gillespie sabe-se que, nos Estados Unidos, a infância, ultimamente, em escala menor, é verdade, está sendo flagelada pelo virus neurotrópico.

No "diagnóstico diferencial", a poliomiélie tem que ser encarada a sério, meticulosamente, pelo seu grau de parentesco e semelhança.

Certo que na forma clássica de Guillain e Barré, a confusão tornar-se-á muito difícil, pelo seguinte: Na Paralisia Infantil, há prodromo febril e a instalação das paralisias faz-se instantânea, side-

rante, puramente motora, rapidamente atrofica, sem perturbação nevrite, ao contrário, não há no debut, episódio febril digno de apreço, e os fenômenos sensitivos preannunciam a afecção, e, sob pressão a massa muscular é dolorida, e a paralisia instalando-se, ainda, mais em câmara lenta, sem ordem, nem diretriz, não deixa sequelas. A forma ascendente de Landry poderia talvez, trazer certo embaraço; mas, daí, o exame do liquido é inadiável para estabelecimento do diagnóstico. Na realidade, a dissociação albumino-citológica é quasi patognomônica da poliradiculo-nevrite; e quasi porque ela já foi constatada, em certas formas de paralisia infantil, sem apresentar, é verdade, a reação albuminosa paralela. De resto, a dissociação albumino-citológica, com "xantocronia, pôde comparecer no mal de Pott ou nas compressões tumorais da medula. E é só...

Desfeita, com estes elementos, a hipótese de Hein-Medin, resta a tarefa muito mais suave de separá-la das polinevrites sifilíticas, tuberculosas, carenciais ou tóxicas ou infecciosas (gripe, tifo, difteria).

Se a etiologia desta doença é, ainda, obscura (a maioria dos cientistas incrimina, como responsável, um virus neurotrópico); se a "anatomia patológica" é bem reduzida (os achados de Bechaume, Marinesco e Boudin confirmam a existência de lesões periféricas, com integridade provável do sistema nervoso central; e provável porque ulteriores observações anatomo-patológicas, em casos fatais, demonstraram que não se trata de lesões intersticiais, periféricas, "Schwannite", mas sim de um verdadeiro acometimento das células centrais, ganglionares), a "terapia", também, continua vaga e inexpressiva. Fôra do salicilato de sódio e vitamina B, em altas doses, não encontro outra novidade nos livros e revistas, agora consultados.

56)

E dou por encerrado, desta forma, o rápido bosquejo do Síndrome de Guillain-Barré, a bizarra afecção que costuma acolitar os trágicos despojos de todas as conflagrações.

E si ao presente trabalho faltam gráficos, diagramas, causística pessoal, sobra, pelo menos, a honesta e louvável intenção de alertar a classe pediátrica de São Paulo, pondo-a, assim, em posição de sentido, a-fim-de aparar, com melhor chance, os golpes desse virus neurológico, que já anda rondando nossas fronteiras e espreitando nos nossos lares.

Comentários: — Dr. Vicente Lara. — A antevisão de possíveis acontecimentos epidemiológicos futuros e a nítida compreensão dos deveres de colaboração que cabem ao médico no esforço comum para a resolução dos problemas que se preendem à situação de guerra, foram os motivos que, espontaneamente animaram o Dr. Carlos Prado a dar-nos o grato prazer de vê-lo ocupar a nossa tribuna.

A guisa de ponto de vista estratégico, seja-me lícito assim expressar, êle adotou o síndrome Guillain-Barré como tese para a sua interessante dissertação. Embora, até agora, alheia à sua casuística particular, mereceu todavia a sua atenção por ter sido ela comprovada por colegas nossos. Tal acontecimento empresta-lhe, sem dúvida alguma, valor documental.

Em nossa Secção ela tem o sabor do ineditismo, pois, é a primeira vez que é, aqui, debatida. A razão de não ter sido discutida no processamento habitual de nossas reuniões anteriores encontra perfeita explicação no fato de ser extremamente rara. Basta para tanto, atentar para a causística mundial.

Eu, pelo menos, até hoje, tive ocasião de observar um só caso e isso foi, recentemente, no Babie's Hospital de Nova York, no serviço de Mc. Intosh, da Columbia University.

A sua complexa e indecisa expressão clínica que o ilustre conferencista recapitulou, em seus traços gerais, dá-nos bem a idéia de que não é tarefa fácil a sua identificação, embora, como seja, especialmente, a conhecida dissociação albumino-citológica.

Para nós, pediatras, a distinção, que, desde logo, cumpre deslindar é a que se relaciona à paralisia infantil, que, mais que qualquer outra doença, tanto alarme provoca no meio da população civil e cuja importância epidemiológica dispensa, por si mesma, maiores encarecimentos.

Encontrando-se a profilaxia desse síndrome, fora dos alcances de nossos recursos científicos diretos, a única consolação que nos resta para tranquilizar-nos de nossa impotência é além de reafirmada tendência à cura, a sua pouca e mui discutida contagiosidade.

Como muito esclarecidamente o Dr. Carlos Prado salientou, tem, portanto, lugar de prominência, na sua prevenção, os recursos corriqueiros, como sejam o isolamento sistemático dos doentes e evitar, tanto quanto possível, que as crianças frequentem os logadouros público e os centros de aglomeração, que outro desiderato não objetivam que diminuir os riscos de contágio.

Com a presente comunicação não fez o nosso estimado e operoso confrade sómente obra de previsão, fez também e da melhor forma, obra de manifesta erudição.

Cumprimentando-o, pelo brilhantismo com que dissertou sobre tão movediço e nebuloso capítulo da necrologia moderna, quero agradecer a prestimosa colaboração que nos prestou na noite de hoje.

Sulfanilamidoterapia em patologia infantil. — Dr. Alberto Nupieri. — (O resumo já foi publicado na integra. Veja Anais Paul. de Med. e Cir., XLVII, janeiro 1944).

Comentários: — Dr. Luiz de Barros Viana. — Ouvi com muito

interesse à comunicação do dr. Nupieri sobre a sulfanilamidoterapia nas doenças infantis e peço a palavra apenas, para trazer alguma contribuição ao que ele já disse. Assim, o dr. Nupieri falando da ação local da droga, não pôde expor todos os seus itens por falta de tempo, entretanto, queria lembrar apenas que, na aplicação local dos compostos sulfanilamidicos, o pó deve ser finamente pulverizado, pois do contrário, a droga agirá com uma ação altamente irritante. Em segundo lugar no que diz respeito a ação destes compostos nos processos meningíticos alguns autores, principalmente os americanos, dão preferência ao uso da sulfadiazina, deixando em abandono o sulfatiazol nestes casos, pois a permeabilidade meníngea não é a mesma para todos os preparados. Também nas piúrias, o emprego das sulfanilamidas, principalmente do sulfatiazol fez com que as afecções desapareçam rapidamente. Outra aplicação da droga, é nas anginas. Nas anginas diftericas também dá resultados mas a sulfanilamida não consegue neutralizar as toxinas, de modo que a cura é apenas aparente pois surgirão as paralisias, etc., de origem tóxica. Assim sendo, nas difterias, a sulfanilamida não deve ser empregada, pois ela apenas vai mascarar o diagnóstico e portanto o fato deve ser conhecido para não usá-la na difteria.

Dr. Evandro Pimenta de Campos. — O dr. Nupieri, não fez menção do uso das sulfanilamidas nos abscessos e supurações pulmonares, nos quais, atualmente, se usa o tratamento local por estas drogas. Entre nós o dr. Plínio Matos Barreto tem lançado mão deste processo usando o broncoscópio. A escola argentina, que tem trabalhos muito interessantes a este respeito, já simplificou muito esta técnica tornando muito fácil o seu uso, fazendo nebulizações, permanecendo o doente deitado.

Dr. Pedro Badra. — A presente conferência foi empolgante, e somos de opinião que os espiritos

otimistas, como o dr. Nupieri, deveriam ocupar mais frequentemente a nossa tribuna, no sentido de difundir o seu ardente entusiasmo aos mais moços, que só agora começam a tactear nas sombras da especialidade. A síntese, que o dr. Nufieri fez, foi perfeita, pois não é possível que um assunto tão vasto, seja tratado em tôdas as suas minúcias. De minha parte, desejo apenas referir a questão do tratamento da blastomicose pelas sulfanilamidas; tratando-se de uma moléstia que frequentemente ataca as crianças, ela não deve ser esquecida, pois que foi em nosso meio que êle foi aventado pela primeira vez, por Domingo de Oliveira Ribeiro.

Dr. Uzeda Moreira — A exposição do dr. Nupieri, foi feita de modo a encantar, pela facilidade com que foi referido um assunto tão importante como o de hoje. No ponto que se refere às pneumonias, desejo lembrar que esta moléstia é muito benigna entre nós, mas o mesmo não acontece em outras partes, como por exemplo nos Estados Unidos onde é muito mortífera. Assim, os americanos resolveram que, para debater o mal, o melhor que se tem a fazer, é o tratamento eclético, usando além das sulfanilamidas a soroterapia específica e a quinina básica.

Dr. Vicente Lara — Com a leitura do seu esplêndido trabalho em que sumaria, em suas linhas mestres, o emprêgo da sulfanilamida em pediatria, dá-nos o Dr. Nupieri novo testemunho de quão merecedor êle se faz da confiança que depositamos em suas grandes possibilidades.

Com esta tese acaba de representar-nos de maneira excepcionalmente brilhante, no congresso interno sobre a Sulfanilamidoterapia, promovido pela Secção de Medicina, e do qual participaram todos os Departamentos Cinéticos da Associação Paulista de Medicina.

A análise do importante tema, que tão grande e acentuada sub-

versão provocou em muitos capítulos de nossa especialidade, dando-nos as mais belas perspectivas com que poderíamos sonhar, foi objeto, por parte de nosso insigne colega de estudo refletido, conciso e vasado em moldes de perfeita cultura e probidade.

Expos, com compreensiva clareza, dentro dos limites exatos, — fixados pela natureza do tema — tudo quanto se faz mister dizer, não se esquecendo de dar relevo as noções que são peculiares aos problemas pediátricos. Dentro do plano de generalidades práticas e não doutrinárias, como forçosa mente tinha que ser, e no qual os pontos de vista pessoais têm que ceder passo aos pontos de vista gerais, o desempenho foi de absoluta segurança.

Trabalho como êste ninguém pode deixar de admirar e dos diferentes aspectos visualizados, muitos tópicos poderiam ser ressaltados e dar motivos para as mais variadas e consistentes reflexões.

Contudo, sou de alvitre que a apreciação de qualquer um dos pontos visados, por parte de um dos membros da Mesa, poderia parecer como insidioso crime político de "lesa-solidariedade", o que seria profundamente dissonante, espontânea do nome do orador uma vez que partiu dela, a escolha para ser o nosso delegado ao referido certame.

Dr. Alberto Nupieri. — As palavras generosas dos colegas, muito me sensibilizaram. O meu trabalho é apenas um trabalho de síntese, no qual procurei fazer apenas um rápido esboço, para dentro de um tempo limitado dar uma visão de conjunto de todo o tema, de modo que alguns aspectos não tiveram tempo de ser tratados, tendo ficado de lado.

Ao dr. Pimenta de Campos, a sua observação é muito justa; de fato em meu relatório omiti as supurações pulmonares, mas isto porque se trata de uma entidade nosológica pouco corrente.

Ação da sulfacetamida (albuclid) na disenteria bacilar e em outras formas desintéricas. — Drs. Evandro Pimenta de Campos e Luiz Oriente. — Os AA., baseados em trabalho experimentais feitos por C. Neiva e Nilson Silva, no Instituto Butantan, resolveram experimentar na clínica os efeitos da sulfacetamida (Albuclid) na disenteria bacilar. A escolha do medicamento se baseou no fato de ser uma sulfanilamida já acetilada, evitando assim a conjugação da sulfamida pelo fígado da criança, poupando por isso a função hepática. Os AA. foram os primeiros a demonstrar a ação desse derivado na disenteria bacilar, o que vem beneficiar a clínica com mais um preparado para tão horrível coléstia infantil. Como resultados de 9 observações concluíram pelo ótimo efeito do medicamento, cuja ação se manifesta dentro das primeiras 24 horas, com perfeita tolerância pelo enfermo. Insistiram na medicação durante 4 a 5 dias seguidos, pois, a ação da sulfacetamida é impedir o crescimento e a reprodução dos germens disintéricos. A dose usada foi de 0,75 grs. de sulfacetamida sódica (1/2 ampola de 5 cc. a 30%) via muscular e mais 4 vezes 1/2 comprimido de sulfacetamida dadas de 4 em 4 horas, para crianças cuja idade varia de 1 a 3 anos, dando uma média de 0.20 grs. por quilo de peso, dose esta considerada boa para outras infecções.

Citam ainda os AA. as dificuldades em diagnosticar bacteriológicamente a disenteria bacilar, embora o diagnóstico clínico deva ser firmado mesmo sem o resultado do laboratório.

Comentários: — Dr. Luiz Barros Viana. — Em tese, estou de acordo com o que afirmou o dr. Pimenta de Campos em seu belo trabalho sobre o uso da sulfacetamida (Albuclid) na disenteria bacilar e outras formas disintéricas. — Quero apenas fazer alguns comentários sobre o conceito dentro do qual devem ser usadas as sulfanilamidas nestes casos. As-

sim, quanto à cultura de fezes, além dos cuidados referentes à colheita e conservação do material a percentagem de resultados é tanto mais frequentemente positiva, quanto mais precoce, porque o organismo tem capacidade de formar bacteriófagos, de modo que, no segundo ou terceiro dia, já temos culturas negativas. Outra questão é que a maioria dos pais não sabe administrar as sulfanilamidas aos seus filhos, de modo que se lhes explique que é preciso dar bastante água, para evitar os acidentes renais, tais como anúria. Além disso, é preciso evitar a administração dos preparados de enxofre durante o tratamento pelas sulfanilamidas, pois que é perigoso pela formação de compostos tóxicos.

Dr. Uzeda Moreira — Desejava saber se foi feito também o tratamento pela sulfaguanidina, para que os resultados fossem comparados. Devemos lembrar que o Albuclid é o tratamento de escolha para as colibacilúrias, enquanto, segundo é voz corrente, a sulfaguanidina é o tratamento de escolha para as disenterias bacilares.

Dr. Osvaldo Sousa e Silva. — Segundo alguns artigos publicados nos últimos números do *Journal of American Diseases of Children*, alguns autores americanos têm usado o sulfatiazol no tratamento das disenterias e chegam à conclusão de que este é tão ou quicá superior à própria sulfaguanidina no tratamento das disenterias.

Dr. Vicente Lara. — Sejam, unicamente, de vivo agradecimento e de demonstração de apreço aos conferencistas, as minhas poucas palavras deste brevíssimo comentário que outro fito não almeja que o de exortar os prezados colegas, Drs. Pimenta e Oriente, a continuarem o interessante trabalho de que nos dão notícia do seu andamento.

Poderão, dessarte, em futuro próximo, chegar a uma conclusão definitiva não mascarada pela possibilidade de dúvidas, colocando-

se, assim, rigorosamente à altura das conceituosas responsabilidades que lhes são atribuída por todos nós.

Virão lograr, outrossim, merecido prêmio aos seus esforços, que muitos os recomendarão à gratidão daqueles que mourejam no campo da pediatria e que vêem na terapêutica da disenteria não só um cruciário, mas, uma fonte de constante desencantamento e de grande desalento.

Dr. E. Pimenta de Campos. — De uma maneira geral, os exames de laboratório em nosso meio para pesquisas em grande escala, são quasi que impossíveis praticamente. A própria colheita do material é já bastante difícil. Trabalhamos com o dr. Oriente no Abrigo de Menores, e o material para exame era levado para o Instituto Lutz e para o dr. Roberto Brandi.

Estou de acôrdo com o dr. Barros Viana e agradeço também as suas referências a respeito dos cuidados que devem ser tomados, quando se lança mão do uso das sulfanilamidas, cousa que nós também fazemos com nossos doentes.

Ao dr. Uzeda Moreira, devemos dizer que não fizemos estudos comparativos, porque não era a nossa intenção. Queríamos ter a confirmação clinica de uma pesquisa realizadas em laboratório.

Ao dr. Vicente Lara, devemos acrescentar que não fizemos experiências a respeito da sulfaguanidina; sabemos perfeitamente que é empregada como específico. No início de nosso trabalho houve muita dificuldade em arranjar quantidade suficiente desta droga para as nossas observações, pois, a substância cristalizada é a que se usa nas provas experimentais.

SECÇÃO DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA, EM 17 DE MAIO

Presidente: Dr. Roberto Oliva

A vitamina K no tratamento dos vômitos da gravidez (Nota prévia) — Dr. J. B. Morais Leme. — No dia 7 de janeiro do corrente ano, foi-nos enviada ao consultório, por um colega clínico, uma senhora de 26 anos, grávida de dois meses, a qual estava sofrendo de vômitos incoercíveis, havia mais de vinte dias. Em face do insucesso da terapêutica higieno-dietética e medicamentosa usada, vinha ouvindo sobre a indicação e eventual execução do esvaziamento uterino.

Depois de examinarmos a doente, que mesmo no consultório teve mais de uma crise vomitiva, e de nos inteirar do tratamento feito, ao qual nada de melhor saberíamos acrescentar concluímos, concordando plenamente com a terapêutica radical.

Entretanto, como a paciente referia que suas três gestações anteriores — duas terminadas, por partos normais e uma por aborto — tinham sido provocadas por hemorragias de

certo vulto, efetuámos no próprio consultório a determinação do tempo de coagulação, achando-o aumentado. Achámos por isso prudente um tratamento preoperatório, prescrevendo injeções intramusculares de vitamina K, indicação a que a doente se submeteu, embora com certa dificuldade, pois estava apressada para obter alívio aos seus sofrimentos.

No dia apazado para sua entrada no hospital, quem compareceu foi o marido, informando que os vômitos haviam cedido por completo, e a intervenção se fizera por isso desnecessária.

Encorajado por êsse resultado, usámos depois a mesma terapêutica, em caráter exclusivo, em mais seis casos de vômitos gravidícos de pequena e média intensidade, obtendo em todos o mais completo êxito, e em nenhum caso tendo usado mais de 6 empolas de 10 mg. por via intramuscular; contudo, ainda não tivemos outro ca-

so de vômitos incoercíveis para repetir o ensaio.

Revendendo a bibliografia ao nosso alcance, nada achámos a respeito dessa utilização da vitamina K; não satisfeito com isso, ouvimos vários distintos colegas obstetras, inclusive um dos mais acatados mestres paulistas, e ainda duas incontestáveis autoridades em vitaminologia — e todos nos informaram nada conhecer a respeito, nem por experiência própria, nem alheia.

Por êsse motivo, trazemos ao conhecimento desta Casa, o resultado dessas nossas observações, resumidas como convem a uma nota prévia, esperando poder ser útil aos prezados colegas que quiserem também tentar a medicação, que tem, pelo menos, o mérito de ser inofensiva, tanto assim que já é empregada com o fito de prevenir o estado hipoprotrombinêmico dos nascituros.

E ficaremos muito gratos àqueles que nos quiserem fazer o obsequio de comunicar as suas observações, para completar as quais seria interessante a determinação da protrombinemia, ou pelo menos do tempo de coagulação de tôdas as gestantes apresentando vômitos de certa intensidade.

Transplante livre de músculo e sua aplicação em cirurgia de guerra

— Prof. Antônio Prudente. — As grandes perdas de substância da face merecem uma atenção especial nestes tempos de guerra, principalmente quando atingem as várias camadas de tecidos que formam as paredes dos órgãos.

Quando a perda de substância corresponde não só ao revestimento cutâneo mas também aos planos muscular, ósseo e mucoso, há necessidade de reparar cada uma dessas formações.

Essa orientação se impõe porque é a única maneira de obter um resultado funcional. Além disso, podemos hoje afirmar que a integração dos transplantes é enormemente facilitada quando há coaptação entre tecidos da mesma na-

tureza. Assim é que o enxerto ósseo se integra facilmente quando feito diretamente sobre o esqueleto, sendo reabsorvido quando colocado no seio das partes moles.

Da mesma maneira o músculo se unirá ao músculo e a pele à pele. Os tecidos de natureza diferente só se unem através de uma grande quantidade de tecido fibroso cicatricial e mesmo assim, vencendo numerosas dificuldades.

E' essa a razão porque a reconstrução dos lábios e bochecha é muito difícil quando se lança mão de simples retalhos cutâneos, mesmo quando são também forrados na sua parte interna.

A causa ver, a causa principal do fracasso das plásticas realizadas nos grandes mutilados faciais é devida a não se empregar o tecido muscular nessas reparações. O plano muscular é fundamental, pois sem êle a síntese tem que se realizar entre tecidos de natureza diversa. Alguns cirurgiões têm usado o transplante muscular pediculado, mas nunca foi tentado o enxerto livre do músculo. Infelizmente o uso de retalhos musculares pediculados não pode ser sempre realizado, principalmente em casos de grandes perdas de substância.

Nós temos usado um método que permite o transplante livre de músculo e que oferece grandes possibilidades. Esse método consiste no transplante de um fragmento de músculo, completamente separado do corpo muscular e transportado por meio de um tubo cutâneo do tipo Fillatow-Gillies.

Temos empregado na face os músculos grande peitoral e esternocleidomastoideo.

Em nosso serviço já foram realizadas três reparações desse tipo, de acordo com as figuras que vos serão apresentadas. Da observação desses casos nos foi possível estabelecer fatos de importância biológica e plástica.

1) A integração do transplante músculo-cutâneo se dá sempre por primeira intenção, porque a união

se faz entre tecidos da mesma natureza.

2) Depois do primeiro tempo operatório, quando o fragmento de músculo fica isolado, antes de seu transplante, êle se transforma numa verdadeira massa fibrosa; entretanto, uma vez unido aos músculos sãos da nova região, êle recobra seu aspecto normal, o que corresponde a uma verdadeira reabilitação do tecido.

3) Depois de alguns meses as funções do músculo enxertado se restabelecem, provavelmente por penetração nervosa dos músculos vizinhos e o paciente pode realizar os movimentos próprios da região, como assobiar, cuspir, etc., com contração real do músculo transplantado.

4) O exame histológico do músculo transplantado revela um tecido perfeitamente normal.

Comentários: Dr. Rebêlo Neto.

— Todos os trabalhos referentes ao transplante muscular merecem aplausos, dada a sua grande importância prática. O assunto tem sido abordado por vários pesquisadores desde que sobre êles Zienlenko e Gluck, a partir de 1874, iniciaram as primeiras investigações, sendo digna de destaque o impulso dado pela escola italiana (Petita, Siciliani, Bartoli, Locatelli, etc.). O pensamento atual sobre a evolução do músculo transplantado pode ser brevemente resumido: a sua delicadeza é equiparável à do tecido nervoso, não sobrevivendo ao transplante livre. As fibras musculares entram em necrose e são rapidamente invadidas pela trama conjuntiva. Em 1935 tivemos ocasião de apresentar ao VI Congresso Panamericano de Medicina o resultado das nossas pesquisas sobre o transplante muscular, executado sob a forma que o prof. Prudente acaba de relatar. Devo acrescentar que um ano depois do transplante a fibra muscular vivia, como era positivado pela prova clínica, funcional, o exame elétrico e pela prova histológica. Esse resultado animador vinha provar a possibilidade de

(2)

manter vivo e útil o tecido muscular, o que o prof. Prudente acaba de confirmar. Desejamos fazer um pequeno reparo ao título da comunicação que acabamos de ouvir. E' quanto à denominação de "livre" dada à modalidade técnica do enxerto. Não se trata, no caso, de um enxerto livre, pois "livre" significa libertado de toda e qualquer conexão com o organismo doador. Um exemplo típico é oferecido pelo enxerto cutâneo de Wolfe, onde destacamos completamente um retalho de pele total e vamos aplicá-lo à distância. No caso do prof. Prudente o músculo transplantado permaneceu aderido à uma porção de pele e tecido sub-cutâneo, continuando a manter com êles ligações biológicas e tornando possível viver num local diferente do leito de origem. Não é, portanto, um enxerto "livre" na acepção científica do termo.

Prof. Antônio Prudente. — Agradeço as palavras do dr. Rebêlo Neto em torno do meu trabalho. No que diz respeito à sua denominação, realmente, ela é sujeita a críticas e deve ser modificada, mas o fato é que ainda não tenho uma idéia definitiva a este respeito, de modo que se torna difícil uma nova denominação. A minha idéia chamando este transplante de "livre" foi dizer que êle é independente do corpo muscular que lhe deu origem pois que está completamente separado d'êste, tendo adquirido uma vida que lhe é própria, tanto assim que, no início, êle se fibrosa, mas depois reage e recupera novamente a sua atividade.

A cirurgia plástica em tempo de guerra. Como maneja-la, nos ferimentos da face, pescoço e cabeça? — Dr. J. Rebêlo Neto — Trato do assunto sob o ponto de vista estritamente clínico, deixando de parte a questão da organização dos hospitais e da canalização dos socorros de urgência.

O tratamento dos ferimentos de guerra situados na face, cabeça e

pescoco recebe uma orientação "plástica" desde o primeiro contacto com o ferido, embora essa influência seja mais acentuada por ocasião da primeira operação no hospital de sangue. A palestra versa principalmente sobre os socorros prestados na linha de fogo e no hospital de sangue, visto serem aqueles que mais interessam aos cirurgiões em geral.

A fase "reparadora" do tratamento, a ser executada nos hospitais de retaguarda, pressupõe a presença do cirurgião especializado em plástica e por isso não será aqui estudada.

O primeiro cuidado na linha de fogo é praticar a hemostasia, pela compressão digital dos troncos arteriais contra os planos duros sub-jacentes, pinçamento de demora ou tamponamento. A respiração será assegurada, libertando as vias aéreas superiores de qualquer obstáculo e promovendo a tração permanente da língua por um alfinete de segurança fixo à ponta, bem como pela colocação de um penso que proteja os tecidos rotos e mantenha fragmentos ósseos em boa posição. O estado geral requer cuidados imediatos da rotina. Anotação das injeções praticadas e remoção do ferido em decúbito ventral, com a cabeça voltada para baixo. O transporte aéreo exige hemostasia mais cuidadosa.

O curativo no hospital de sangue é o que assume maior importância, sendo a base da restauração completa da forma.

Asseio externo mais minucioso. Anestesia. Hemostasia definitiva.

A parte atingida será minuciosamente explorada, para retirada dos corpos estranhos, ossos soltos e tecidos desvitalizados. O esqueleto vai merecer cuidados especiais, de acordo com a região. No crânio, os afundamentos serão levados. As depressões da órbita, quasi sempre combinadas com as depressões do malar e zigoma, estão reduzidas na mesma ocasião, sendo estudadas as vias de acesso. Uma das melhores é a de Stur-

mann-Canfield seguida de tamponamento permanente com gase vioformada.

As fraturas do nariz, reduzidas, após anestesia, com um espéculo de Killian, combinando com manobras externas, digitais, poderão ser mantidas por fixação externa ao capacete gessado, assim como as anteriores.

Os ferimentos da orelha receberão cuidados especiais, evitando os hematomas. As fraturas do maxilar superior e inferior são estudadas com minúcia. Em resumo, não fazer no 1.º momento a ligadura inter-dentária, mas apenas a "fixação" dentária dos fragmentos ou, no máximo, a fixação com elásticos, fáceis de tirar. Aborda o grampeamento dos fragmentos, como Ibsen, Meade, Brown e outros aconselham ou a fixação externa por meio de grampos como fazem Griffin, Longsdon, Mowlem, etc.

Uma vez terminada a reparação óssea, passar para a dos tecidos moles que é a mesma no pescoco ou face e onde uma orientação eclética será preferível, desde que se siga a regra de não deixar partes esqueléticas a descoberto, unindo, se necessário, pele a mucosa, ficando a última palavra para mais tarde.

O emprêgo dos cristais de sulfamida é altamente aconselhável e reduz os fenómenos sépticos.

Finalmente aborda a questão das queimaduras, citando os estudos de Wells, Erb, Morgan e Farmer sobre a necrose do fígado nos tanados o emprêgo das películas quemoterápicas de Andrus, Nickel e outros.

A evolução dos ferimentos de guerra será acompanhada nos hospitais de retaguarda e acarretam o emprêgo de enxertos e de artificios multiplos, que escapam ao programa traçado de início.

Comentários: Dr. Giudice Gouveia. — A respeito do tratamento das queimaduras referido pelo dr. Rebêlo Neto, queria lembrar apenas o tratamento pelos raios infravermelhos, que, segundo as esta-

tísticas norte-americanas, têm dado excelentes resultados, diminuindo de muito o tempo de cicatrização e dispensando o uso de quaisquer outras pomadas, líquidos, etc.

Aplicação da anestesia regional epizigomática do nervo maxilar superior na operação radical do seio maxilar — Dr. Friedrich Müller. — Recomendando a anestesia regional do nervo maxilar superior, por via epizigomática, para a operação radical do seio maxilar.

Para maior segurança da técnica, convem a medição dos diâmetros bitemporal e bimalar.

Deve empregar-se uma agulha de injeção fina e longa, provida de um parafuso de fixação, o qual se coloca a 4-5 cms. da ponta da agulha.

Prefiro, para a desinfecção do local da injeção, a benzina iodada.

Quando se segue a técnica epizigomática, introduz-se a agulha na bisetriz do ângulo formado pelas apófises temporal e frontal do osso malar, ou seja, por cima do bordo superior da arcada zigomática, exatamente no meio do bordo ou ainda no bordo posterior da apófise frontal do malar, a cerca de 1 cm. acima do ângulo que forma com a parte horizontal. Alcançando-se a resistência profunda, injetam-se 3 cc. da solução na fossa esfenopalatina; em seguida, recuando um pouco com a agulha, injeta-se respetivamente um cc. da solução para cima e para baixo, na região da **tuberosidade maxilar**. Praticam-se a anestesia com o doente sentado. Logo depois deita-se em um divan, de cabeça relativamente baixa, por cerca de 10 minutos, dando assim ao anestésico, o prazo de desenvolver sua ação e facultando ainda ao doente um descanso benéfico.

O tratamento dos hemangiomas do pavilhão auricular — Dr. A. Duarte Cardoso. — Os angiomas são tumores cujo parenquima é formado por vasos néo-formados. O crescimento se processa por emissão de brotos endoteliais que

constituem a característica histológica desses tumores. Os capilares néo-formados são suportados por uma armação de tecido conjuntivo fibroso.

Se o tumor é constituído por vasos sanguíneos chama-se hemangioma; se é constituído por vasos linfáticos, linfagioma.

A distinção clínica entre hemangioma não é fácil de se estabelecer. O diagnóstico é quasi sempre definitivamente esclarecido pelo exame histológico.

O hemangioma é o tumor mais frequente da infância. Muitas vezes está presente por ocasião do nascimento, outras vezes porém não se torna evidente senão depois de alguns dias ou mesmo meses. Os hemangiomas simples comunicam à pele cor vermelhinho-devido ao acúmulo de capilares. São planos ou apenas dão à pele um pequeno relevo. O tamanho varia desde o de um grão de milho como nos pequenos nervos vasculares, até abranger grandes extensões da superfície cutânea.

Há casos raros de desaparecimento espontâneo, entretanto, mais frequente é suceder o inverso, isso é, evoluir para o crescimento progressivo, razão porque não é aconselhável protelar o tratamento.

Quando se estabelece uma comunicação entre a circulação geral e um hemangioma simples, os finos capilares do tumor se distendem, as paredes cedem, formando-se espaços irregulares. O hemangioma torna-se assim do tipo cavernoso, formado por lagos e canais forrados de endotélio e com uma armação de tecido conjuntivo fibroso. Quando essa armação se torna muito espessada, o tumor se denomina: **fibro-hemangioma cavernoso**.

A região afetada por um hemangioma cavernoso adquire um aspecto vultuoso, de cor vermelho-arroxeadada e coberta de bosseladuras. Quando os vasos aferentes e eferentes são calibrosos o tumor é **pulsátil** e pela palpação percebe-se "thrill".

Os hemangiomas podem localizar-se em qualquer tecido do organismo. Têm sido encontrados no cérebro, medula, nervos periféricos, glândulas salivares, glândulas endócrinas, visceras abdominais, órgãos genitais, músculos, tendões, articulações, ossos e pele. Figi acha que os hemangiomas são mais frequentes na extremidade cefálica e especialmente na face, sendo o sexo feminino duas vezes mais afetado que o masculino. Quanto à idade, como já dissemos são mais frequentes na infância.

Existe um grupo de tumores idêntico aos hemangiomas quanto ao aspecto, localização e distribuição: são os hamartomas.

Como os hemangiomas podem ser simples ou cavernosos, entretanto, enquanto os hemangiomas são verdadeiros neoplasmas os hamartomas constituem apenas uma proliferação vascular excessiva, devido a um acúmulo de formações vasculares embrionárias em determinada região. Os hemangiomas se distinguem histologicamente dos hamartomas pela presença de brotos endoteliais, típicos da néo-formação progressiva de elementos vasculares.

Os hamartomas são encarados terapêuticamente de maneira idêntica aos hemangiomas. cremos, entretanto, não estar pesquisada a diferença de sensibilidade ao radium entre hemangiomas e hamartomas, fator que viria precisar melhor a indicação da radiumterapia nesses tumores.

Certas hiperplasias vasculares podem ser confundidas com hemangiomas. Uma delas é o aneurisma cirsóide que se compõe de um enovelado de vasos dilatados que se podem prestar a confusão com os hemangiomas cavernosos. Os aneurismas artério-venosos também podem ser confundidos quando há oclusão do vaso eferente. Há ainda certas varicosidades e algumas formas de inflamação crônica com proliferação capilar, necessárias de conhecer para uma indicação terapêutica eficaz.

Figi não aceita a idéia de que os hemangiomas possam ser causados por traumatismos, concorda porém com a sugestão de Davis e Wilgis de que o traumatismo possa agir como estímulo no crescimento do tumor já existente.

Os hemangiomas são tumores benignos. Segundo Aschoff os raros casos de tumores malignos, com metastases que mostrem a estrutura dos hemangiomas, devem ser considerados como hemangio-endoteliomas, onde parte do tecido alcançou um estágio superior de amadurecimento.

Figi considera não ser para a degeneração maligna nas áreas de radio dermite, em casos incorretamente tratados pelo radium.

Tratamento — Em vista de sua maior frequência no rosto, são geralmente razões estéticas que levam o paciente a procurar tratamento para um hemangioma. Existem entretanto, outras fortes razões para não adiar a extirpação de um hemangioma. Tais são: possibilidade de rápido aumento da zona atingida, perturbação da função, ulceração expontânea ou traumática, perigo de hemorragia ou infecção e ainda, se bem que remota, a possibilidade de degeneração maligna.

No tratamento dos hemangiomas pode-se estabelecer uma divisão nítida entre o hemangioma da criança e do adulto. Ao passo que na criança o radium é quasi sempre eficaz, no adulto raramente o é. O radium é portanto o tratamento de escolha para o hemangioma da criança, especialmente no primeiro ano de vida.

O radium pode ser aplicado em bloco de cêra sôbre a superfície cutânea ou pela implantação de agulhas. A dose depende da localização e tamanho do tumor. Como regra geral as doses pequenas, aplicadas num período de tempo longo, são mais eficazes que as doses grandes aplicadas n'um período de tempo mais curto.

A irradiação superficial por meio de blocos de cêra só está indicada nos tumores muito superficiais

uma vez que a dosagem exigida para atingir camadas profundas prejudicaria a pele. Contudo, alguns especialistas empregam o bloco de cêra juntamente com filtragem adequada a diminuir os riscos de lesar a pele. Outros preferem a implantação de agulhas sob anestesia local. A dose deve ser cuidadosamente calculada para obter o efeito desejado sem radio-dermite.

As melhoras aparecem após várias semanas e continuam por cinco ou seis meses. Se fôr necessária nova irradiação deve-se esperar que cessem as melhoras produzidas pela primeira.

No adulto é necessário recorrer a outros meios terapêuticos.

Vários outros recursos têm sido empregados no tratamento dos hemangiomas. Alguns de valor quasi nulo como a roentgenterapia, a neve carbônica, a electro-coagulação, o cautério e os raios ultra-violetas. Outros porém mais eficazes como as injeções de substâncias esclerosantes, a ligadura dos vasos aferentes e eferentes e finalmente os processos cirúrgicos.

As injeções de substâncias esclerosantes têm seu valôr no tratamento dos hemangiomas, principalmente nas formas cavernosas. Têm sido usadas soluções de salicilato de sódio, glicose, citrato de sódio e morruato de sódio e também a agua fervente. Temos pequena experiência apenas com o morruato de sódio que nos proporciona bom resultado em injeções de 1 cc. da solução de % introduzida diretamente na luz dos vasos.

Por meio dessas soluções esclerosantes obtém-se a obstrução de alguns lagos e canais do hemangioma o que determina uma melhora da coloração da pele que o recobre, tornando-se também menos vultuoso.

A principal indicação das injeções de substâncias esclerosantes é, entretanto, o de preparo à intervenções cirúrgicas, pois diminuem consideravelmente o sangramento, evidentemente muito abun-

dante na cirurgia desses tumores vasculares.

A ligadura dos vasos aferentes e eferentes é também empregada com o mesmo objetivo, podendo-se mesmo associar a ligadura de alguns vasos ao emprêgo das injeções esclerosantes. Essas medidas podem tornar realizáveis operações antes impraticáveis tal o volume da hemorragia. Conhecemos um caso em que a falta de adopção dessas medidas forçou a interrupção da operação porque a hemorragia chegou a constituir uma ameaça à vida do paciente.

Inúmeros são os procedimentos cirúrgicos que podem ser adotados no tratamento dos hemangiomas: os pequenos hemangiomas capilares comportam a excisão simples com deslocamento e aproximação dos bordos. Nos maiores excisão e cobertura da perda de substância com enxertos livres ou pediculados ou ainda a excisão múltipla que consiste na excisão parcial e repetida, com intervalos de dois a três meses, a espera de que a pele readquira elasticidade.

Em certos hemangiomas que abrangem toda a espessura dos lábios, obtém-se um bom resultado estético com a excisão em cunha.

Nos hemangiomas dos pavilhões auriculares são excelentes os resultados praticando num primeiro tempo uma excisão elítica na face posterior do pavilhão e em outro tempo uma excisão em cunha abrangendo toda a espessura do pavilhão.

Comentários: Dr. Georges Arié.
— Os hemangiomas são ocorrência das mais frequentes no serviço em que trabalhamos, e sempre temos resolvido satisfatoriamente os nossos casos, sem auxilio do radium ou da radioterapia. Cada vez mais, estamos nos convencendo de que o tratamento dos hemangiomas consiste unicamente na electro-cirurgia; uma vez bloqueado a lesão em sua periferia, faz-se a sua coagulação e retira-se da como se se tratasse de um tumor comum. Com o bloqueio da periferia, fica afastado o perigo

de hemorragia. A plástica se segue imediatamente à exêrese da lesão, lançando-se mão, quer de enxertos livres, quer de transplantes pediculados.

Dr. Rebêlo Neto. — Desejo referir um dos aspectos dos hemangiomas, que não foi abordado pelo dr. Cardoso no seu interessante trabalho. É o da possibilidade de ocorrer a morte súbita após a sua extirpação. Foi o que ocorreu num caso enviado pelo dr. Wilken, de um volumoso hemangioma cavernoso do pavilhão, cujas dimensões e forma podem ser facilmente apreciadas pelo exame da modelagem que aqui trazemos. Foi praticada a exêrese do tumor, sem esclerose prévia dos tecidos. A perda sanguínea não foi excessiva e a operação, bem tolerada e levada a bom termo. Cerca de 4 horas depois a paciente levanta-se

bruscamente do leito, com dispnéia intensa, cianose e cae bruscamente ao solo, morta, sem tempo de ministrar o menor socorro médico. Infelizmente a família se opôs ao exame necroscópico e só nos é lícito fazer conjecturas sobre a causa de tão inesperada complicação. Compulsando a literatura, temos visto menção a vários casos de morte nas mesmas condições do nosso, atribuída, quasi sempre, a uma embolia cerebral.

Dr. Duarte Cardoso — Agradeço aos comentários dos colegas. O doente que apresentei, tinha uma nevralgia do trigêmeo, que segundo a opinião do dr. Gama, era produzida por uma compressão do gânglio de Gasser, pelo próprio tumor. Quanto às dificuldades auditivas, não havia nenhuma neste caso.

SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA, EM 28 DE MAIO

Presidente: Dr. Licínio H. Dutra

Teste de Frank para o diagnóstico da gravidez (nota prévia) — Dr. Alvaro de Aquino Sales — O A. analisa os métodos modernos para o diagnóstico precoce da gravidez. Os "testes" biológicos e os princípios sobre os quais se baseiam são examinados.

A teoria do professor Peralta Ramos sobre "a alunação biológica da gonadotropina no sangue pelos estrógenos" foi analisada e contestada; ao contrário, o estrógeno sintético, o estilbestrol, age como sinérgico e com a gonadotropina coriônica humana, nos ratos ainda em maturidade e hipófisectomizados.

O A. descreve o teste de 8 horas de Frank, baseado sobre a observação que a gonadotropina coriônica provoca uma hiperemia acentuada nos ovários dos ratos imaturos, reação que pode ser observada macroscopicamente, 8 horas após a primeira injeção. Uma segunda prova, ao cabo de 24 horas deve ser praticada nos casos duvidosos.

O trabalho foi enriquecido de 50 observações onde o "teste" de Frank foi praticado e o autor teve a oportunidade de demonstrar em animais previamente injetados no mesmo dia, pela manhã, na Santa Casa, a eficiência da reação. Estes resultados sendo seguros devem ser divulgados, devido não só à simplicidade, rapidez e do ponto de vista económico, para o diagnóstico precoce da gravidez.

Aspectos atuais do problema da eclâmpsia — Dr. J. Onofre Araújo — A questão da eclâmpsia merece ser tratada sob tríplice aspecto: etiopatogênico, prognóstico e terapêutico. Sob o primeiro dispensa de enumerar e analisar as múltiplas concepções emitidas para explicar a gênese da eclâmpsia por serem, muitas delas, destituídas de interesse. Diz que todas as concepções se basearam em acertadas pesquisas de laboratório, mas faltava a necessária divisão em dois grupos: toxemias decorrentes da prenhez, e toxemias sobrepos-

tas à distúrbios váculo-renais anteriores. Contrariamente ao que se acreditava outrora quando a eclâmpsia constituía uma entidade clínica individualizada, hoje a crise convulsiva do último trimestre da gestação nada mais é que o agravamento da síndrome hipertensiva. Se o substrato fisiopatológico da toxemia é a hipertensão, pois é talvez o único sintoma constante, dos três que a acompanham, o A. estuda os fatores gravídicos que favorecem o aparecimento da hipertensão, dividindo-os em: metabólicos e neuro-endócrinos. Analisa entre os primeiros a anoxemia renal, estudada por Goldblatt, e discorre sobre a possibilidade do útero grávido atuar sobre as artérias renais como as pinças produtoras da hipertensão nefrôgena experimental. Diz que isso pareceu demonstrado, em 1938, pelas observações de Dill e Ericson, mas essas experiências não foram confirmadas por Goldblatt e Page. Além disso, a observação clínica de volumosos tumores abdominais, que não têm a hipertensão no seu cortejo sintomático, fala contra a atuação mecânica do útero grávido.

Sobre os fatores neuroendócrinos cita Hofbauer que, em 1918, sugere a explicação da toxemia gravídica em base hormonal salientando, que, desde então, a hipófise, a suprarrenal e a placenta têm merecido a atenção dos pesquisadores. A hiperfunção do lobo posterior da hipófise, invocada por Anselmino e Hoffmann, pareceu confirmada quando Cushing descreveu a síndrome clínica que traz o seu nome, atribuída à invasão basófila da neurohipófise, fato não confirmado posteriormente. Teel e Reidl, no entanto, em 1939, verificaram o aumento da fração antidiurética do lobo posterior, sua correlação com o grau da hipertensão, e intensidade do edema, fatos confirmados por Dexter e Weiss.

Em relação à placenta são dignas de apreço as verificações de

Smith e Smith que, desde 1934, vêm estudando os hormônios gonadotrópicos e os estrogênicos, o que lhes permitiu estabelecer uma curva de excreção desses hormônios, encontrando na toxemia gravídica, i. e., aumento da gonadotropina corial e diminuição dos estrogênicos, não se sabendo, no entanto, se isso é causa ou efeito. A administração, para fins terapêuticos, de substâncias estrogênicas na síndrome hipertensiva tem dado resultados contraditórios. Cita a seguir, os trabalhos de Bartholomew, iniciados em 1934, procurando ver na placenta a causa inicial que promove o espasmo arteriolar generalizado, pela produção de substâncias oriundas dos enfartes, talvez a tiramina, pois esta se encontra aumentada no sangue e liquor das eclâmpticas, fato que se harmoniza com a verificação do seu aumento na hipertensão nefrôgena experimental.

Uma observação que, no entanto, é frequente no estudo da etiopatogenia da eclâmpsia, e que denota a participação neurohormonal, é a frequência com que esta síndrome se apresenta em indivíduos constitucionalmente predispostos, e que apresentam no seu histórico familiar casos de hipertensão, citando, nesse passo, os trabalhos de Oliveira Bastos indicadores da tendência ao aumento da pressão nos indivíduos brevili-neos.

As modificações fisiológicas do sistema neuroendócrino, como a instabilidade vaso-simpática e o aparecimento da placenta como órgão secretor interno, são elementos que influem no desequilíbrio do sistema regulador da pressão arterial, produzindo espasmos arteriulares, que reduzem a onda sanguínea intrarrenal e consequente formação de substâncias hipertensivas, que reiniciam o ciclo vicioso, entretém e agravam a hipertensão.

Passando a classificar as toxemias gravídicas recomenda a apro-

vada pela Comissão Americana e proposta, em 1940, por Behl, Dieck-

mann, Eastmann, Herrick, Kellogg, Stander e Mussey que é a seguinte:

Grupo A	{	1) Doença hipertensiva	{	benigna (essencial)	{	moderada
				maligna		grave
	{	2) Doença renal	a)	nefrite vascular crônica (nefroesclerose)		
			b)	glomérulo nefrite	{	aguda
			c)			crônica
			d)	nefrose { crônica		
Grupo B	{	1) Preeclâmpsia	{	grave		
				moderada		
				convulsiva		
				não convulsiva (i. é. com achados necropsícos típicos da eclâmpsia).		

Grupo C. — Vômitos da prenhez.

Grupo D. — Toxemias não classificadas.

O marco divisório que separa a doença hipertensiva decorrente da prenhez, é a época em que se manifestam os primeiros sintomas, de modo especial a elevação da pressão arterial, e tomou-se como critério a 24.^a semana. Toda hipertensão em gestante, de início anterior a essa data, não deve ser considerada como tendo na prenhez sua causa etiológica. Justifica o entender da Comissão de incluir o grupo A no conceito das toxemias gravidicas, para ressaltar que as lesões das doenças desse grupo tendem a se agravar.

O A. concorda, em parte, com a denominação de "rim gravídico" usada, entre nós, pela escola de Lemos Torres para as doenças do grupo B, considera sugestiva a designação de "síndrome vascular da prenhez" de Dexter e Weiss e não aceita o conceito de "rim de reserva baixa" de Stander.

Estuda, a seguir, o prognóstico, encarando o fetal e o materno. O prognóstico fetal é mau na toxemia gravidica, como demonstra citando várias estatísticas, todas uniformes em apontar esse acidente da prenhez como uma das causas mais frequentes do obituário fetal, só superado pela sífilis. A mortalidade fetal é proporcional entre ou-

tros fatores, a época do aparecimento da toxemia (2,84% na prenhez de termo, para atingir 27,26% quando anterior ao sétimo mês). São causas do obituário fetal, a intoxicação, a anaerose intrauterina, e a prematuridade. Devido a esses algarismos elevados do obituário fetal, tanto natal como neonatal, as indicações operatórias na toxemia visam mais o interesse materno no período da gestação. São caracteres da pre-eclâmpsia moderada: tensão inferior a 160/100 (considerando limiar 140/90) albuminúria inferior a 6%, edema discreto ou nulo, e ausência de sinais oculares. Na pre-eclâmpsia grave a pressão arterial é maior que 160/100, albuminúria de 6%, edema acentuado, e presença de alterações nos vasos retinianos. Insiste em que as diferenças entre a pre-eclâmpsia moderada, a de maior gravidade, e a convulsão são apenas de grau, diferenças de intensidade nas manifestações clínicas de um só distúrbio funcional, que o fetal.

Subdivide o prognóstico materno em imediato e remoto, o primeiro se agravando com o aparecimento da crise convulsiva (0,4% na pre-eclâmpsia moderada; 1,7% nas formas graves, para alcançar

13% na eclâmpsia). Para efeito do prognóstico imediato da eclâmpsia acha útil a classificação sintomática de Eden-Peckhan-Resende: 1) Pulso 120, 2) Pressão

200, 3) Edema acentuado, 4) Albuminúria intensa, 5) Oligúria, 6) Agitação motora e psíquica, 7) Temperatura 39,5°, 8) Icterícia, 9) Coma grave e persistente e 10) Distúrbios visuais.

Classifica os casos em benignos e graves e acentua que o melhor índice de melhora é a diurese que se processa após medidas terapêuticas adequadas.

Diz que o prognóstico remoto da eclâmpsia tem sofrido grandes modificações, neste último recênio, em consequência da melhor observação posterior dos casos. Se outrora predominava o conceito da relativa benignidade da doença, e se ensinava que a toxemia raramente recidivava, hoje o conceito do prognóstico remoto é de que 50% das mulheres que têm eclâmpsia ficam definitivamente hipertensas. Cita numerosas estatísticas em apoio dessa asserção e faz notar que não é tanto a intensidade da toxemia que condiciona a hipertensão remota, como a duração da elevação tencional. Diz ainda que não só somente as observações clínicas que corroboram o acerto da afirmação do prognóstico remoto sombrio das eclâmpsis, pois as verificações necroscópicas e o estudo da hemodinâmica renal isso evidencia como Chesley demonstrou, recentemente, com a "dissecção química" pelo diodraste e a insulina.

Fala, a seguir, dos meios para a avaliação desses riscos, concluindo que o esfigmomanometro e o oftalmoscópio são os instrumentos tos que orientarão o obstetra na toxemia gravídica, chamando a atenção para as recentes observações de Dieckmann e Brown quando dizem que os sinais retinianos têm valor indicativo da gravidade do processo vascular, mas a sua ausência não indica evolução favorável do caso clínico, sendo de mais

valia as informações dos valores tencionais e a sua duração.

O autor termina o relatório com a orientação terapêutica. Fala da necessidade do diagnóstico preciso entre a hipertensão dependente da toxemia e a decorrente de doenças hipertensivas concomitantes ou de início anterior à prenhez.

Divide o tratamento em médico, e cirúrgico ou obstétrico; o primeiro podendo ser ambulatório ou hospitalar, condicionado à gravidade e natureza da hipertensão. O tratamento médico da toxemia pura consiste no repouso, dieta acloretada, sem supressão de proteínas, sangria de 100 a 200 cc., administração de purgativos sem iões Na, preferivelmente o leite de Mg, indicando o luminal ou o gardenal (0.30 pro die) para combater a insônia e agitação decorrentes da hipertensão. Caso após tratamento hospitalar não haja melhora, justifica a intervenção evacuadora do útero sob três bases fundamentais: 1) Observação mínima de 3 semanas; 2) tomada adequada da pressão arterial; 3) exame do fundo de olho; estando a escolha da intervenção subordinada às condições obstétricas do caso.

Diz que a tendência moderna é intervencionista na preclâmpsia grave, estacionária ou evolutiva, e abstencionista depois de declarada a crise convulsiva; como aliás já o é, desde 1900, com o método de Stroganoff. A mortalidade materna se torna 10 vezes maior, quando a intervenção é praticada na crise convulsiva. Declarada esta, o tratamento é somente médico e conservador e visa: 1) combater o edema cerebral; 2) desintoxicar o organismo; 3) dar repouso ao sensorio. Para atingir essa tripla finalidade usam-se os sôros hipertônicos, a sangria, e o sedativo. Dentre os hipertônicos o mais comumente usado é o sôro glicosado a 20 ou 30%, que melhora a circulação cerebral, drenando água dos tecidos, e como tem o inconveniente de ser seguido de hipertensão secundária deve-se prefe-

rir o sôro sacarosado a 30 ou 50%.

A sangria não é mais praticada, como aconselhava Mauriceau, na quantidade de 1.000 a 1.500 cc., mas limitada a 300 ou 400 cc. Tem ação benéfica porque subtraindo líquido dos órgãos, acarreta diminuição do volume cerebral e queda da tensão intracraniana. É de indicação absoluta na asma cardíaca e edema agudo do pulmão, que frequentemente complicam a toxemia gravídica. A punção lombar tem indicação na presença de pressão arterial muito alta e acompanhada de sintomas celebrais acentuados.

Para atender à anoxemia tissular recorre-se à oxigenoterapia.

Entre os sedativos, a morfina e o cloral constituem a medicação básica do tratamento conservador de Stroganoff, modificado, em 1938, com a supressão do cloral pelo sulfato de magnésio, de acordo com o seguinte esquema:

Início do tratamento, 0,015 mg. de morfina; meia hora depois, 40 cc. de sulfato de Mg.; 2 horas depois 0,015 de morfina; Na 5.^a, 11.^a e 19.^a hora, 20 cc. de sulfato de Mg.

Pensa o A. não haver vantagem nessa cronologia rigorosa das horas; o que interessa é determinar a quietude do doente, pela administração de sedativo, e entre a morfina, os barbitúricos, o paraldeído, deve-se usar aquele, do qual se conheça bem a ação, e empregar-lo na dose mínima necessária. Lembra que os barbitúricos diminuem a taxa de protrombina no sangue materno e fetal devendo ser administrados com vitamina K.

O sulfato de Mg. é, hoje, valioso auxiliar no tratamento da eclâmpsia, por ter ação antiespasmódica, eupneica, e, talvez, hipotensora, e se o emprega na dose de uma solução a 25%, repetida cada 2 horas, em injeções intramusculares (como é regra no Serviço do prof. Raul Briquet) ou endovenosas lentamente.

A asma cardíaca, o edema agudo do pulmão, complicações da to-

xemia gravídica, mais frequente quando esta se sobrepõe à lesões vascular-renais anteriores à prenhez, são tratadas com sangria, doses altas de morfina, e digitalização do miocárdio, interrompendo-se a prenhez, quando passar a fase aguda, pois tais complicações, via de regra, reaparecem dentro de poucos dias.

Conclue o autor, ressaltando o valor da adequada assistência prenatal na profilaxia, não só das toxemias gravídicas, como da maior parte das complicações que surgem em tôdas as fases do ciclo gravídico-puerperal.

Comentários: — Dr. José Reinaldo Marcondes. — Ouvi com atenção a interessante conferência do dr. Araujo à qual nada se pode acrescentar, pois ele nos trouxe as noções mais modernas, como da maior parte das complicações que surgem em tôdas as fases do ciclo gravídico-puerperal. Assim é importante a questão da hipertensão no rim gravídico. A hipertensão é o fenômeno principal, responsável por todos os acidentes e perigos do rim gravídico e em torno deste sintoma hipertensão é que gira todo o prognóstico presente e futuro da gestante. No rim gravídico, se a hipertensão durar muito tempo, a doente ficará para sempre hipertensa, do mesmo modo como acontece na glomérulo nefrite aguda, que, se passar para uma fase sub-crônica ou crônica, nada mais conseguirá abaixar a hipertensão. Ora, se este é o sistema mais perigoso é também o mesmo que o médico deve afastar o mais rapidamente. Assim, as doentes devem sofrer um tratamento absoluto de repouso constante e dieta hídrica e se assim mesmo a hipertensão não ceder em algumas semanas, deve-se intervir para proteger a vida da mãe. Portanto, fica assentado que o principal na eclâmpsia, é debelar, o mais depressa possível, a hipertensão.

No mais o dr. Araujo abordou vários temas, com orientação mo-

derna, fazendo um resumo magnífico do assunto.

Dr. Paulo Ribeiro da Luz. — O fenómeno convulsivo da eclâmpsia não deve ser encarado como um fenómeno passivo mas sim como um fenómeno ativo do organismo. Ora, como o dr. Araujo deu muita importância a esta questão tóxica, achei que seriam interessantes estas considerações, lembrando a existência de fenómenos convulsivos fora de outras enfermidades que não a gestose. Assim, eles aparecem em senhoras com pequenos desvios hormonais, em enfermidades psíquicas. Hoje, estes fenómenos são considerados como fenómenos necessários, ativos, de modo que estamos combinando para a admissão de um centro convulsivo, localizado talvez na base do cérebro que interviria nestas ocasiões. Este centro deve estar situado próximo do centro hipertensivo. Convém assinalar ainda, que o sulfato de magnésio, que tem uma ação brilhante na eclâmpsia e tem também na coreia, considerada uma entidade do corpo estriado que está localizado também na base do cérebro.

Dr. Licínio H. Dutra. — Em nome da Secção agradeço o trabalho que foi apresentado de maneira muito clara e brilhante. Apenas quero lembrar na enumeração dos métodos terapêuticos da síndrome hipertensiva a indicação do processo de Boero que não oferece gravidade e algumas horas depois da injeção do formol a pressão melhora e a doente passa bem, sendo o fato expellido logo ou alguns dias depois. Naturalmente este processo se restringe aos casos de gravidez somente até o 5.º mês. Agi num caso desta nature-

za com inteiro êxito. Lembrar a possibilidade de fazer-se uma sangria de 800 cc. substituídos por outros 800 cc. de sangue de doador. E' um recurso que tem dado bom resultado em clínicas americanas e de Havana. Com o advento do plasma conservado, quem sabe se se poderia utilizá-lo em lugar do sangue total.

Dr. Onofre Araujo. — Quero agradecer a atenção dos colegas. Quanto ao dr. Reinaldo, fico muito satisfeito de ver a sua opinião concordando com a nossa pois que ele é uma grande autoridade do assunto, e orienta o serviço de toxemia da Clínica Obstétrica do prof. Raul Briquet, de modo que a sua opinião nos traz bastante satisfação, dada a sua grande experiência no assunto.

Ao dr. Ribeiro da Luz devo dizer que não acredito que as convulsões eclâmpicas, sejam convulsões benéficas ao organismo. Qualquer que seja o caso, eclâmpsia ou pré-eclâmpsia, a doença é sempre a mesma, havendo diferença somente na questão de intensidade, e o desencadear da crise convulsiva é o grau máximo da intoxicação. Quanto à ação do sulfato de magnésio, a minha impressão é que ele não atua sobre os centros nervosos, mas sim sobre a placa de junção neuro-muscular.

Quanto ao dr. Licínio que se referiu ao processo de Boero, eu não o assinalarei porque tratei apenas dos casos de hipertensão que aparecem na segunda metade da gravidez e o processo tem maior indicação entre o 4.º e 6.º mês da gestação. Quanto à reinfusão de sangue, não vejo muita vantagem neste método, a não ser que surja colapso periférico.

TRANSPULMIN



Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO EM 8 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. João N. Von Sonnleithner

Princípios anti-tóxicos do fígado.

— Dr. José Finocchiaro. — O A. referindo as suas experiências fez um histórico das pesquisas feitas no estrangeiro e em nosso meio, para depois referir os resultados que obteve. Verificou que o Jekritou não protege o rato alzinho intoxicado pelo cloreto de amoneo; os mesmos resultados obteve com os princípios preparados com a técnica de Forbes. Quanto às sulfanilamidas, acetilizadas pelo fígado, a ação protetora dos princípios é evidente e superior à obtida com a cisteína, glicocola, etc. Diz o A. que o Atofan tem sua ação prejudicial protegida pelos princípios antitóxicos. O mesmo obteve com o arsênico e o antimônio. No que respeita aos anestésicos, a proteção pode ser demonstrada. De todas as experiências apresentou farta documentação histológica, em cortes de fígado e rim. Concluiu pela eficiência dos princípios antitóxicos, que considera uma conquista da medicina moderna.

Comentário. — O Dr. João Sonnleithner indagou si havia realizado experiências com glucoronato de cálcio. O A. disse que não se encontra esta droga no mercado nem foi possível prepará-la entre nós.

Corioepitelioma. Resultado operatório após 2 anos. — Dr. Hercílio Marrocos. — O A. apresentou uma doente que fora portadora dois anos antes de corioepitelioma, quando tivera perfuração espontânea do útero com a inundação peritonial. Recordou a história clínica, já apresentada a esta Sociedade, com a devida documentação. Salientou a raridade de mais de 1 ano e 1/2, e o fato de uma reinfusão não ter trazido consequências prejudiciais, como prováveis metastases.

Os Drs. Francisco Finocchiaro e Eurico Branco Ribeiro fizeram considerações sobre as corioepiteliomas.

Nova diretoria. — A seguir foi eleita a nova diretoria, que ficou assim constituída: Presidente, Dr. José Saldanha Faria; Vice-presidente, Dr. Hercílio Marroco; 1.º Secretário, Dr. Eurico Branco Ribeiro; 2.º Secretário, Dr. Waldemar Machado; 1.º Tesoureiro, Dr. Paulo Bressan; 2.º Tesoureiro, Dr. Nelson Cayres de Brito; Bibliotecário, Dr. João Noel Von Sonnleithner. Conselho Consultivo: Drs. Francisco Finocchiaro, Ernesto A. de Carvalho, José Ribeiro de Carvalho, João Braúlio Ferraz, e Isidoro Antônio Bruno.

Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa

SESSÃO DE 18 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. Eurico Branco Ribeiro

Corpo estranho da região do tragus direito. — Dr. João de Oliveira Matos. — O autor apresentou um doente que dera um tiro na região do tragus direito, não

revelando a radiografia, corpo estranho nas regiões da proximidade. Uma radioscopia posterior mostrou que a bala estava no intestino delgado. O Dr. Hugo Ri-

beiro de Almeida encontrou orifício da saída atrás do pilar posterior direito na faringe.

A curiosidade do caso de uma bala que entrou no tragus e foi tragadas é que determinou a apresentação. O A. citou vários casos de trajeto do projétil no caso apresentado.

Estenose gástrica prepilórica. — Drs. Alberto Braga e Eurico Branco Ribeiro. — Feita a leitura da

observação pelo Dr. Alberto Braga,, o Dr. Eurico Branco Ribeiro fez considerações sobre as estenoses gástricas e duodenais e salientou o valor de exame radiológico no caso.

Comentário: — O dr. Eduardo Cotrim falou sobre as perturbações funcionais do estômago, esperando que os médicos dêem mais atenção a ela, ao invés de se limitar ao exame do órgão.

Centros de Estudos “Franco da Rocha”

SESSÃO DE 2 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. Francisco Tancredi

Considerações a propósito de um caso de afasia. — Os AA. fazem inicialmente um apanhado geral sobre o conceito atual das afasias começando com um retrospecto sobre a integração normal da função da linguagem e estudando a seguir os seus aspectos anatômicos, fisiológicos e psicológicos. Adotam a classificação das afasias de expressão e afasias de compreensão, considerando apenas distúrbios apraxicos específicos para a linguagem articulada e englobando nestas os diversos tipos de afasia com perturbações do reconhecimento simbólico da linguagem e da própria linguagem interior.

Reputam essa classificação bastante simples e de incontestável valor didático e clínico. A seguir apresentam o paciente, que anteriormente à moléstia foi de bom desenvolvimento intelectual e de regular cultura geral. Sempre foi homem de grande atividade em negócios até que em setembro último foi acometido de um distúrbio circulatório que acarretou instalação progressiva de uma hemiplegia direita, com predominância braquial e de uma afasia total de compreensão e de expressão. Além disso, distúrbios apraxicos frustos e hemianopsia lateral direita. Reações strológicas para lues fortemente positiva. O exame de li-

quor revelou ligeira hinercitose e hipertensão de 35 mm., o doente sentado. — Exame pneumocefalográfico revelou dilatação assimétrica dos ventrículos laterais, com predominância ventrículo lateral esquerdo em sua porção parieto-occipital. Diagnóstico. arterite lútica com trombose de ramo cortical da silviana. Síndrome de lesão cortico-subcortical do lobo parietal esquerdo. A hemiplegia cedeu em 15 dias.

Fizeram o estudo detalhado das perturbações da linguagem e instituíram o reaprendizado intensivo como terapêutica da afasia, além da terapêutica geral e antilúética. Os fenômenos afásicos regrediram sensivelmente apresentando o doente em novembro último ainda desordens acentuadas da linguagem interior e da articulação das palavras, sendo que atualmente já consegue compreender em grande parte o que se lhe diz, conseguindo também manter conversação achando-se, entretanto, ainda perturbada a expressão verbal de modo acentuado. Alexia e agrafia persistem. Escreve séries inteiras de numeros e as lê, não conseguindo escrever numeros isolados, quando solicitados para isso e nem mesmo ler numeros isolados. Os fenômenos de parefasia e de jargonofasia são ainda relativamente

numerosos em sua expressão verbal. Ao lado disso, o paciente mantém íntegro o seu intelecto, possui todo o acerto dos conhecimentos adquiridos em sua vida, reconhece e avalia adequadamente o seu estado de afasia, está perfeitamente orientado no tempo e no meio e consegue andar sozinho pelas ruas de S. Paulo sem se perder ou se equivocar. Mantém boa iniciativa e normal afetividade. O indivíduo se comporta como uma pessoa normal, em terra estrangeira — perdeu somente a capacidade de se comunicar com seus semelhantes por meio de símbolos da linguagem.

Comentários: — Comentaras os trabalhos os drs. Edgard Pinto Cesar e Mario Yalm.

Afasia de tipo particular num paciente de Doença de Alzheimer.

— Dr. Anibal Silveira. — Trata-se de um paciente com 62 anos de idade, internado no ano anterior no Hospital de Juqueri. Não são conhecidos pormenores sobre a história clínica nem os dados hereditários, mas o comportamento objetivo e os sintomas clínicos são típicos da doença de Alzheimer. No quadro releva notar:

1) Acentuada carencia de iniciativa, do tipo da do lobo frontal; satisfatória capacidade para avaliar a própria situação bem como para orientar-se em relação ao meio; expressão em geral extremamente perturbada — salvo quanto à mínima. 2) Reações afetivas aparentemente sem alteração, apesar do aparente embotamento; normal capacidade de auto-condução objetiva. O deficit de expressão constitui a nota principal do quadro, constituindo mesmo eventualidade rara: consiste em apamalismo no sentido de perda de um elemento de prosodia — o substantivo. Daí resulta o recurso a perífrases, que se tornam intermináveis para o paciente que não consegue vencer aquele obstáculo na locução verbal. Os modismos de linguagem verbal e as expressões afetivas acham-se plenamente conservadas. Não se notam outros distúrbios focais — como agrafia intrínseca, alexia, apraxia motora ou ideomotora.

Nenhuma alteração do liquor; no atual período. Foi feito o diagnóstico clínico da doença de Alzheimer, com lesões parieto-temporais como primitivas e frontais como secundárias, de repercussão.

Centro de Estudos de Otorrinolaringologia do Hospital N. S. Aparecida

SESSÃO DE 5 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. J. Paula Assis

Considerações em torno de 6 observações de polipo sangrento do septo. — Dr. Mario de Capua. — O A. abordou o assunto com meticolosidade, percorrendo sobre o histórico, a etiologia, a rotgenia e o tratamento da afecção. Frisou a grande importância do exame ana-

tomo-patológico, que só ele pode determinar a etiologia do tumor; daí dependendo a sua denominação. Um dos seus casos tratava-se de rinosporidiose, raríssima, só havendo um caso publicado na literatura médica brasileira.

DAQUINOL - NA GRIPE E NA PNEUMONIA

Sociedade de Oftalmologia de São Paulo

SESSÃO DE 2 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. Sílvio de Almeida Toledo

Campanha contra a endemia tracomatosa no Estado e suas diretrizes. — Dr. Sílvio de Almeida Toledo. — O orador fez considerações sobre as diretrizes principais que têm sido obedecidas na campanha de combate ao tracoma, em execução no Estado, tendo se referido particularmente à realização do serviço rural.

Abordou a importância do tratamento pela sulfanilamida, preparo do pessoal técnico, pesquisas realizadas e educação sanitária, defendendo-se no estudo das vantagens do funcionamento dos Dispensários junto aos Centros de Saúde da Capital e do Interior do Estado.

Após varias considerações, acrescentou que no ano de 1943 o Serviço de Tracoma atendeu a 47.973 pessoas no Interior do Estado e 6.389 na Capital, tendo sido realizados, no Estado um total de 1.557.79 cultivos, 1.459 operações, 5.180 injeções e distribuídos 740.500 comprimidos de sulfanilamida.

O orador concluiu solicitando a colaboração dos oculistas do Estado, com o fim de imprimir maior incremento à profilaxia do tracoma, quer em extensão, quer em profundidade.

Comentários: — O dr. Aureliano Fonseca, com a palavra, elogiou o trabalho que vem sido desenvolvido pelo director do Serviço de Tracoma no corrente ano e

abordou o emprego da ponciclina no tratamento do Tracoma.

Considerações sobre determinação da avitaminose "A" pelo biofotômetro. — Dr. Ciro de Rezende.

— O orador iniciou a sua exposição fazendo um retrospecto histórico sobre a hemeralopia, os primeiros ensaios da medida da acuidade visual com a variação da intensidade de luz, pesquisa a sensibilidade retiniana, adaptação ao escuro, passando em revista o fenómeno da redução da púrpura retiniana quando exposta à luz e a sua recomposição no escuro e a influência notável de vitamina "A" na regeneração da púrpura.

Fez a descrição do biofotômetro de Frober-Faibor, que está usando em suas experiências e que tem por fim determinar os índices de riqueza ou carencia da vitamina "A" no organismo.

O autor, nas suas experiências, tem averiguado interessantes aspectos do problema, dentre os quais destacou o da importância do emprego desses exames, entre agrupamentos humanos como quarteis, colonias, fábricas, etc. no sentido de se apurar a deficiência da vitamina "A" no organismo humano do nosso homem, das zonas urbanas e rurais, o que constitue uma diretriz de grande valor na determinação de uma orientação nacional da alimentação do povo brasileiro.

Instituto Histórico e Geografico de São Paulo

SESSÃO DE 5 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. Duarte Silva

A prioridade da Santa Casa de Misericórdia de Santos. — Prof. Ernesto de Souza Campos. —

80)

Fala o Prof. Ernesto de Souza Campos sobre "A prioridade da Santa Casa de Misericórdia de

Santos" para elucidar uma dúvida suscitada pelo presidente do Instituto Arqueológico, Histórico e Geográfico Pernambucano, sr. Joaquim Amazonas, a respeito da prioridade da instituição das casas de Misericórdia no Brasil, que não lhe parece assunto lido, por ser admissível que fosse erigida a Santa Casa de Olin-da em 1540 segundo o cronista Pereira da Costa, que diz basear-se em escrituração do livro do tomo de uma igreja de Nossa Senhora da Luz, lançada em 1755. Idêntica dúvida constou de uma nota publicada pelo sr. Mario Melo secretário perpetuo do Instituto Pernambucano, procurando conjurar esta idéia com informação colhida nas páginas da "História dos Santos", de Francisco Martins dos Santos.

Antes de entrar na análise do problema, segundo suas investigações, o sr. Souza Campos reproduz trechos do livro de Martins dos Santos em que este escritor assinala de modo categórico a fundação da Irmandade e Hospital, em Santos, no ano de 1543. Concorda, neste ponto, com Frei Gaspar de Madre de Deus, discordando entretanto, quanto à existência simultânea, naquela época, da igreja, não mencionada na citação da escritura de confrontamento de uma propriedade com o hospital. O conferencista demonstra com a planta de localização das primitivas instalações da Misericórdia que o hospital e igreja sendo próximas estavam separadas por uma certa distância. Mesmo que os dois elementos — igreja e hospital — fossem contíguos a propriedade podia confinar com um elemento, sem atingir o outro. São

considerações que não atingem, porém, o problema em foco. Fazendo suas buscas históricas, no sentido de estabelecer o caso de prioridade, o conferencista encontrou várias publicações congêneres ou afins na própria "Revista do Instituto Arqueológico, Histórico e Geográfico Pernambucano". O cronista Luna Freire refere as mesmas circunstâncias mencionadas por Pereira da Costa, porém, ao invés de localizar a igreja da Luz em Muribeca, localiza-a no morro das Tabocas.

Julga o orador difícil admitir que em 1540, no início da formação portuguesa de Pernambuco existisse tal igreja, nos locais referidos. O morro das Tabocas era então cerca de um século mais tarde quando aí ocorreu a célebre batalha contra o invasor holandês.

Documentando várias essências negativas quanto à existência dessa igreja da Luz na época assinalada lembrando as dificuldades de interpretação de documentos quinhentistas, o conferencista faz ver que, nessa ordem de estudos, a documentação é elemento indispensável para juízo definitivo, e que, enquanto não vier à luz o documento em que se firmam os dois cronistas mencionados, para ser apreciados em seu justo valor, continuará inabalável a tese da prioridade da Santa Casa de Santos, a respeito da qual temos indicações precisas quanto a sua fundação em 1543, lembrando que o nome do povoado nascente derivou da instituição hospitalar que então foi erigida por emulação com a instituição similar, o Hospital de Todos os Santos, de Lisboa, iniciado por D. João II e concluído por D. Manuel, o Venturoso

Sociedade Médica São Jorge

SESSAO DE 8 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. Mario Lepolard Antunes

Emprego do fio de algodão como material de sutura. — Dr. Mario Degni. — O conferencista abordou

de início o histórico da contribuição nacional ao estudo do algodão como material de sutura cirúrgica,

citando os primeiros trabalhos de Wanderley Filho, Eurico Bastos, Elejalde e Ed. Etzel, o primeiro de Recife e os demais de S. Paulo. Revelou a seguir a contribuição das experiências mais recentes a respeito da biomecânica da ferida cirúrgica que constituem a base e o fundamento, quer da escolha do fio, quer da técnica da sutura cirúrgica.

Num estudo crítico sobre os materiais absorvíveis, destaca o catgut, que passa a analisar em minúcia, demonstrando os seus inconvenientes e pontos fracos. A seguir, discorre sobre os fios inabsorvíveis e, depois de um estudo comparativo, faz ressaltar o valor do fio de algodão que se mostra ao lado da seda como um dos melhores materiais para a sutura ci-

rúrgica. As vantagens principais do algodão podem assim ser resumidas: 1) Superioridade de resistência tensil; 2) Pouca reação dos tecidos; 3) Fibroplasia precoce e intensa; 4) Cicatriz sólida e resistente, sem ser exuberante; 5) Vantagem econômica em cerca de 1.000 por cento, pois enquanto numa gastrectomia se gasta geralmente 25 metros de catgut a Cr. \$4,60 o metro, o que dá um total de Cr. \$115,00, com o fio de linha a despesa é apenas de Cr. \$0,11 (onze centavos), segundo verificação do prof. Bastos. Na última parte de sua palestra, insistiu na técnica especial que o cirurgião deve adquirir no manejo do fio, o que explica na falta da mesma o insucesso de muitos cirurgiões que se afastam dos seis princípios de Halstead.

Sociedade Brasileira de Cardiologia

SESSÃO DE 9 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. Roberto Oliva

E' a seguinte a ordem do dia: 1.º) Prof. Jairo de Almeida Ramos "A hipertensão — estudo clínico radiológico eletrocardiográfico" e 2.º) Drs. José Ramos Júnior e Paulo Tibiriçá: "Miocardite chagásica"; ordem do dia da 2.ª reunião: às 20 horas e meia: 1.º Dr. Luiz Decourt: "Estudo eletrocardiográfico das preponderâncias ventriculares" e 2.º) Dr. Bernardino Tancredi: "Coração e gravidez".

As reuniões ulteriores serão realizadas em Campinas, com o seguinte programa: Prof. Adriano no Pondé: "Complexo de Eisenmenger"; Drs. Aguinaldo Lins e Fernando de Moraes (Recife):

"Diagnóstico dos aneurismas da aorta abdominal"; Dr. Pinto de Moraes: "Origem das curvas eletrocardiográficas"; Dr. Aldo Chaves (Porto Alegre): "Enfarto do miocárdio e salmonelose"; Drs. Quintiliano Mesquita e Bernardo Magalhães: "Velocidade sanguínea e prova de esforço"; Drs. Dante Pazzanese e Silvio Bertacchi: "O sulfocianato no tratamento da hipertensão no tratamento da hipertensão"; Dr. Quintiliano Mesquita "Taquicardia paroxística auricular com bloqueio A-V"; Dr. Silvio Bertacchi: "Ruidos sistólicos"; Drs. L. Mendonça de Barros e Mario Ortmann Ferreira: "Sôpros diastólicos musicais".

SESSÃO DE 10 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. Dante Pazzanese

Foram os seguintes os trabalhos da ordem do dia: O primeiro trabalho da ordem do dia, de auto-

ria dos Drs. José Ramos Júnior e Paulo Tibiriçá, versou sobre "Miocardite chagásica". Sobre o mesmo

teceram comentários o Dr. Bernardo Magalhães, de Belo Horizonte e o Dr. Dante Pazzanese.

O segundo trabalho apresentou o tema: "Hipertensão arterial; estudo clínico, radiológico e eletrocardiográfico", sendo seus autores o Prof. Jairo Ramos, Prof. Moacir Alvaro e Dr. Horácio Kneese de Melo. Comentaram-no os Drs. Quintiliano de Mesquita e Dante Pazzanese.

A noite, com a mesma mesa diretora, realizou-se a segunda ses-

são, com os seguintes trabalhos:

1) Dr. Bernardino Tancredi — O coração na gravidez, em condições normais e patológicas — sobre o qual externaram considerações os Drs. Quintiliano de Mesquita, Bernardo Marcondes, Bussamara Neme e Dante Pazzanese; 2) Dr. Quintiliano de Mesquita — Taquicardia paroxística auricular com bloqueio A-V — que foi comentado pelo Dr. José Ramos Júnior.

Sociedade Brasileira de Ortopedia

SESSÃO DE 31 DE JANEIRO

Presidente: Dr. Orlando Pinto de Souza

Nova técnica pessoal para o tratamento cirúrgico-ortopédico da mão em garra. — Dr. Orlando Gremer. — O A. relatou um caso de

transplantação muscular para a correção de atitude viciosa do punho, com apresentação do doente.

Outras Sociedades

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 1.º de fevereiro, ordem do dia: Diagnóstico eletro-cardiográfico do enfarte miocárdio — Prof. Adriano Pondé; Grande aneurisma intracraniano da carótida interna. — Profs. A. C. Pacheco e Silva e Carlos Gama.

Sociedade Paulista de Leprologia, sessão de 12 de fevereiro. — Ordem do dia: Patogenia do mal perfurante plantar. — Dr. Lineu M. Silveira.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia, sessão de 31 de

janeiro. Ordem do dia: Psicodiagnóstico de Rorschach, Introdução no seu estudo; O movimento Rorschach no Brasil. — Dr. Antônio Miguel Leão Bruno.

Sociedade de Gastro-Enterologia e Nutrição, sessão de 27 de janeiro. Ordem do dia: Tratamento médico das hemorroidas. — Dr. Haroldo Sodré; Tratamento cirúrgico das hemorroidas. — Dr. Edison de Oliveira.

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, sessão de 31 de janeiro. Ordem do dia: Trata-

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA MARCONI, 48 - 3.º ANDAR - APART. 34 — FONES: 4-7744 E 8-2134

mento cirúrgico-ortopédico da mão em garra, por paralisia dos inter-
osseos e lombricais. — Sr. Orlan-
do Graner.

Sociedade Paulista de História da Medicina, sessão de 10 de fevereiro. Ordem do dia: Os milagres do padre de Poá. — Dr. Edmur de Aguiar Whitaker.

Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz", Endotelioma: estudo anátomo-patológico de dois casos. — Acad. Verônica Rapp.

Sociedade de Medicina Aplicada á Educação Física, sessão de 30 de janeiro. Ordem do dia: Fichamento médico esportivo. — Dr. Ataliba de Freitas.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Producción científica y cultural de Josué A. Beruti. — Edição de seus discípulos e amigos — Buenos Aires, 1943.

O conhecido professor de Clínica Obstétrica da Faculdade de Ciência Médicas de Buenos Aires, dr. Josué A. Beruti, acaba de completar 25 anos de professorado. Para registo desse acontecimento, os seus discípulos amigos e assistentes da "Clínica Obstétrica e Ginecológica Eliseo Canton" promoveram a reedição dos seus trabalhos científicos e culturais, numa merecida homenagem a personalidade de tão elevado valor. A vultosa e valiosa produção de Josué Beruti ocupou nada menos de 4 alentados volumes, num total de mais de 2.200 páginas. O primeiro volume se inicia com uma apreciação das qualidades do homenageado, seguindo-se a lista dos seus títulos e cargos ocupados, prêmios obtidos, atividades sociais e relação completa dos trabalhos produzidos; contem ainda o 1.º volume a seleção dos seus trabalhos obstétricos no que concerne à orientação da Obstetria, à gravidez fisiológica e ao parto fisiológico. O segundo volume inicia-se com a analgesia no parto normal e prossegue com o puerpério fisiológico e com a identificação do recém-nascido; cogita ainda da gravidez e do parto patológico. O terceiro volume ocupa-se da obs-

tetria operatória, do puerpério patológico e da creança defeituosa, para depois incluir os trabalhos sobre ginecologia, higiene, engenhia, biotipologia e assistência social. Por fim o quarto volume cogita de problemas educacionais femininos, questões hospitalárias, de ensino, de intercambio cultural, assuntos de carater histórico e biográfico, discursos vários, artigos de imprensa, etc. Como se vê, trata-se da reunião em quatro volumes de um labor científico de alta valia, permitindo aos interessados uma pesquisa fácil de qualquer dos conceituados trabalhos do consagrado mestre argentino.

Lecciones de Fisiopatología y Clínica-quirúrgica. — Francisco Martin Lagos, 2 vols., Editorial Científico Médica (Calle Junqueira, 8), Barcelona, 1942e 194.

A Editorial Científico Médica, essa importante casa editora espanhola, com sede em Barcelona e filiais em Madrid, Lisboa e Valencia, vem lançando uma série de excelentes obras de autores espanhóis, seleccionando os seus livros entre os mais reputados profissionais do país. A presente obra é de autoria do prof. Martin Lagos, afamado cirurgião de Valencia e catedrático de Patologia Cirúrgica na Faculdade daquela cidade. Tem-

peramento independente, o A. fez um livro baseado na sua própria experiência e em pontos de vista pessoais, permitindo, assim, uma leitura que não é simples repetição do que dizem os tratadistas, mas uma recapitulação cheia de apreciações merecedoras de acaatamento e meditação. O primeiro volume trata de fisoquímica, deformidades, infecção, traumatismos e tumores; o segundo ocupa-se dos processos reacionais ao ataque microbiano, das infestações parasitárias e dos envenenamentos. Os volumes contêm muitas ilustrações, grande número das quais a cores. A obra avizinha-se de 700 páginas.

Equizofrenia — Demencia precoce. — Carlos R. Pereyra, El Ateneo (Florida, 340), Buenos Aires, 1944.

Ainda há pontos de vista contróvertidos no que respeita à Esquizofrenia e aí reside o maior interesse de uma obra como esta, em que "os esquizofrênicos têm sildo calçado sabiamente, com verdade clínica e interpretações cheias de finíssima observação analítica", conforme atesta Gonzalo Bosch ao escrever a apresentação do livro. Realmente, diante de acurado estudo de numerosos doentes, o A. apresenta pontos de vista pessoais, que deram orientação ao seu trabalho. Depois de discorrer demoradamente sobre os vários aspectos da demência precoce, o A. resume o seu livro em 23 conclusões muito claras e concisas. O volume contém 150 páginas, sem ilustrações, com excelente apresentação gráfica, aliás, como todas as edições de El Ateneo.

Tromboflebitis de los miembros inferiores. — F. Martorell, Salvat Editores, Barcelona, 1943.

O A., que se especializou em patologia cirúrgica do sistema venoso, sendo chefe da secção de Cirurgia Vascular do Instituto Policlínico de Barcelona, acaba de publicar o seu segundo livro dentro dos assuntos médicos a que ora se dedica. Depois do apreçamento do seu trabalho sobre tratamento das varizes, a casa Salvat não relutou

em editar este excelente volume sobre tromboflebitis. De facto, o A. faz uma excelente monografia sobre o tema, apresentando os resultados de suas observações e experiências. Expõe a matéria com muito método e presiação, intercalando farta documentação dos pontos de vista esposados. O volume contém mais de 200 páginas, com 89 ilustrações, entre as quais numerosos flebogramas.

Exploración funcional del riñon. — Mario B. D. Torre, edição do A. (Aguero, 1623), Buenos Aires, 1943.

Em magnífica monografia, o A. estuda as várias provas de exploração funcional do rim no decurso do estado gravídico-puerperal normal e patológico. O seu trabalho não é uma simples revisão de conceitos já divulgados, mas o relatório de um estudo clínico e experimental orientado sob bases firmes e executado pacientemente em 80 casos de pacientes internados na conhecida Clínica Obstétrico-Ginecológica Eliseo Cantón. As conclusões a que chegou autorizam-no a estabelecer o seguinte conceito prático: "deve efetuar-se sistematicamente a exploração funcional grávida que tenha um processo predominantemente renal e em toda puerpera que o tenha sofrido durante a gravidez, bem como fora do estado gravídico-puerperal, em toda mulher com antecedentes renais que deseje ser mãe". O volume contém mais de 300 páginas.

Boletim Bibliográfico — Francisco Pati e Sérgio Milliet — São Paulo, 1943.

A Biblioteca Pública Municipal de São Paulo acaba de lançar à publicidade um excelente boletim, em leitura moderna e contendo a colaboração de destacadas figuras das letras nacionais e estrangeiras. É um periódico destinado a exercer influência nas gerações que se estão formando e que também será de utilidade para a classe médica, onde são sempre carinhosamente recebidas as fontes de cultura.

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, III, 110-146, novembro de 1943 — Nos domínios da linguagem médica — José de Sá Nunes.

Gazeta Clínica, XLI, 327-350, novembro 1943. — Considerações sobre o tratamento "Maciço" da sífilis — Mendes de Castro.

Publicações Médicas, XV, 3-68, dezembro 1943. — Comentários acerca de um caso de meningite por Pleiffer curado — Lages Neto; Contribuição odonto-radiográfica à medicina — Cicero Carvalho Lage; Inquérito preliminar — Sobre casos suspeitos de peste bubônica em Itararé, 1942 — Teles Perdigão e Rodolfo Mascarenhas; Botulismo (Intoxicação alimentar) — Anibal Bittercourt.

Resenha Clínico-Científica, XIII, 55-98, fevereiro 1944 — Métodos bioquímicos para o estudo do metabolismo das vitaminas na clínica. — Gilberto G. Vilela; Contribuição para o estudo da fisiologia e da farmacologia do sistema neurovegetativo. — Joaquim Lacaz de Moraes.

Revista Clínica de São Paulo, XIV, 5-46, novembro 1943. — Tratamento da febre tifóide e das febres paratíficas. — Celestino Bourroul; Tratamento das tenias pela instilação do feto macho — J. Romeu Cançado.

Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo, IX, 135-178, Julho-Agosto 1943. — Miniastenia grave — Austragésilo Filho; Reações psíquicas anormais — Virílio de Camargo Pacheco; A vitamina B1 do ictero de serveja e as patologias cárdio-vasculares — Wolfgang Buecherl.

Revista Paulista de Medicina, XXIII, 234-282, novembro 1943. — Termos médicos de outrora (De 500 A. C. ao século XVIII) — Paulo Mangabeira-Albernaz.

São Paulo Médico, XVI, 1-105, dezembro 1943. — Diagnóstico radiológico das disetiasias do colo vesical — Athaide Pereira; Resultados tardios do tratamento das artrites deformantes (osteo-artroses pela paratireoidectomia) — S. Hermeto Júnior; Desvitaminose do grupo B em clínica. — José Dutra de Oliveira

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Departamento de Saúde

Novo diretor. — O Dr. José Pedro de Carvalho Lima, ex-diretor dos Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia e diretor do Instituto "Adolfo Lutz" foi nomeado recentemente diretor do Departamento de Saúde do Estado.

A escolha do Governo recaiu num dos seus antigos servidores, que há quase 30 anos presta relevantes serviços à Saúde Pública do Estado.

90)

Nasceu o Dr. Carvalho Lima na cidade de Mococa, neste Estado. Completou o seu curso médico, e, logo após, em 1918, entrou para o então Serviço Sanitário, prestando mais tarde concurso para inspetor sanitário, classificando-se em 1.º lugar. Em razão dessa classificação escolheu o Instituto Bacteriológico, órgão tradicional no controle das moléstias infecciosas para nele

exercer suas atividades. Em 1923 foi nomeado seu diretor, seguindo para os Estados Unidos da América do Norte, afim de fazer um curso de especialização na Universidade de Haward e um estagio nos grandes laboratórios de Albany. Viajou, depois, para a Europa, onde completou seus conhecimentos na Alemanha e na França.

De volta de sua viagem de estudos, continuou a dirigir o Instituto Bacteriológico, cargo que exerceu até 1940, quando se processou a fusão dos Laboratórios de Saúde Pública — Instituto Bacteriológico e Laboratórios Bromatológicos, — sob a denominação de Instituto "Adolfo Lutz", Laboratório Central de Saúde Pública, do Departamento de Saúde do Estado, para o qual foi nomeado diretor.

Durante a sua longa carreira de diretor, prestou inestimáveis serviços ao Estado, exercendo em comissão por mais de uma vez o cargo de diretor do Instituto Butantã e dos Serviços de Laboratório de Saúde Pública. Durante muitos anos ocupou a cátedra de Microbiologia da Faculdade de Farmácia e Odontologia da Universidade, função que deixou em virtude de ter dado preferência a diretoria do tradicional Instituto de Bacteriologia.

Inúmeros são os seus trabalhos publicados, dentro de sua especialidade, destacando-se um tratado de Bacteriologia, que de muita utilidade tem sido para a classe estudiosa, estudos básico sobre endocardite maligna, coqueluche, cultura do bacilo da lepra, etc., que projetam de maneira inconfundível o nome do dr. José Pedro de Carvalho Lima no cenário médico-científico nacional e estrangeiro.

Sua capacidade de administrador e técnico está sobejamente provada na modelar organização que é o Instituto "Adolfo Lutz", onde as suas qualidades inatas encontraram ambiente para uma demonstração efetiva de seu valor.

Perante o sr. Nogueira de Lima, secretário da Educação e da Saú-

de Pública, o novo diretor geral do Departamento de Saúde, cuja nomeação causou a melhor impressão nos círculos científicos de sociais de S. Paulo e de todo o país, assumiu no dia 9 de fevereiro o compromisso do cargo. Após a leitura do termo de compromisso, foi o mesmo assinado pelo titular da pasta e pelo recém-nomeado diretor do referido Departamento, Dr. Oswaldo Lima.

Logo após o ato o Dr. José Pedro de Carvalho Lima abordado pelo reporter, disse o seguinte:

"Sou um homem de laboratório que gosta de falar pouco. No novo cargo cumprirei as ordens do sr. secretário da Saúde Pública, trabalhando por S. Paulo e pelo Brasil".

Realizou-se no dia 10 de fevereiro, às 14 horas, no Departamento de Saúde Pública, à rua Barão de Itapetininga, a solenidade da posse do novo diretor geral daquela importante dependência da Secretaria da Educação e Saúde Pública Dr. José Pedro de Carvalho Lima.

Ao ato compareceram os representantes das autas autoridades e um número incontável de pessoas que testemunharam, assim, ao novo diretor geral do Departamento de Saúde o quanto é s. s. estimado no seio de sua classe.

Dando início à solenidade, falou, de improviso, o sr. Humberto Pascale, que, logo após transmitir o elevado cargo ao seu novo titular, disse da satisfação que todos possuíam em ver dirigindo aquele Departamento o Dr. José Pedro de Carvalho Lima.

Terminada a salva de palmas com que a enorme assistência abafou as últimas palavras do Dr. Humberto Pascale, falou o sr. José Pedro de Carvalho Lima, que, agradecendo as palavras elogiosas do orador, pronunciou o seguinte discurso:

"Privado o Departamento de Saúde da direção dinâmica e eficiente do professor Samuel Pessoa, quis o excelentíssimo Inter-

ventor Federal e ordenaram os laços que me prendem ao sr. secretário da Educação que eu fosse o novo diretor: Ordem imperiosa, à qual não me foi possível recusar.

Não ignoro os espinhos do cargo: antevejo horas amargas e os casos complexos a resolver. Procurarei entretanto, acertar e produzir.

Como filho, e dos mais velhos, do antigo Serviço Sanitário, sinto-me bem nesta casa. Lembro-me com saudades dos meus primeiros passos no vosso acolhedor convívio, ao tempo em que era diretor o saudoso Artur Neiva, o enfeitado do Brasil, o enamorado de S. Paulo, que foi também um grande entusiasta do serviço da Saúde Pública de S. Paulo. Entusiasmo contagiante que apanhei em cheio e, embora a minha atividade cedo se desviasse para um setor especializado, o meu velho Instituto Bacteriológico, o nosso moderno Insti-

tuto "Adolfo Lutz", conservei vivo o interesse pelos problemas sanitários acompanhando de perto o impulso que lhes imprimem os atuais diretores e chefes de Serviço, que em tudo tem sabido honrar as tradições das grandes diretorias que passaram por este Departamento. Com esses colegas e companheiros competentes e dedicados a direção geral tornar-se-á mero órgão centralizador. Seret, então, apenas o vosso interprete junto ao Dr. Sebastião Nogueira de Lima, que, desde os primeiros atos na Secretaria da Educação e Saúde revelou grande interesse e especial carinho pelo Departamento de Saúde.

Não tenho dúvidas em afirmar que ele tudo fará para completar a nossa organização e para dentro desse alto espírito de justiça que o caracteriza, atender às necessidades primordiais de todas as seções e dos seus leais servidores. Confiai. Trabalhemos".

Policlinica do Estado de São Paulo

Resumo do movimento clínico de 1943. — Segundo o relatório do Dr. James Ferraz Alvim, diretor-tesoureiro, a Politécnica de S. Paulo, encerrou o exercício com um "superavit" de 209.668 cruzeiros, tendo assim seu patrimônio fixo se elevado a 2.120.975 cruzeiros e o móvel a 962.047 cruzeiros, totalizando 3.083.022 cruzeiros. A despesa da Policlínica no

citado exercício foi de 83.551 cruzeiros.

A Policlínica de São Paulo registou durante o ano de 1943 o seguinte movimento clínico:

Doentes novos 11.889; antigos 26.754; total 38.643. Consultas 34.547; operações 839; curativos 11.727; injeções 4.665; exames de laboratório 773 homens 15.993; mulheres 17.472; crianças 5.178; nacionais 30.545 e estrangeiros 8.098.

Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar

Eleição da nova diretoria. — Em sessão de 3 de fevereiro, foi eleita a nova diretoria da Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar, que ficou assim constituída: Presidente, Dr. Francisco Figuei-

ra de Melo, reeleito; vice-presidente, Dr. Danton Malta; 1.º secretário, Dr. Jacques Tupinambá; 2.º secretário, Dr. Paulo Sais; tesoureiro, Dr. Goy Arruda, reeleito.

HEXAMYO — Iodo em gotas

o
i-
o
s
r-
i-
i-
e
i-
-ã
i,
te
le
os
le
e-
le

ar
ar
n-
ça
s-
e-
es.

u-
re-
o

os
tas
os
de
u-
na-
98.

en-
re-
2.
ou-
.

